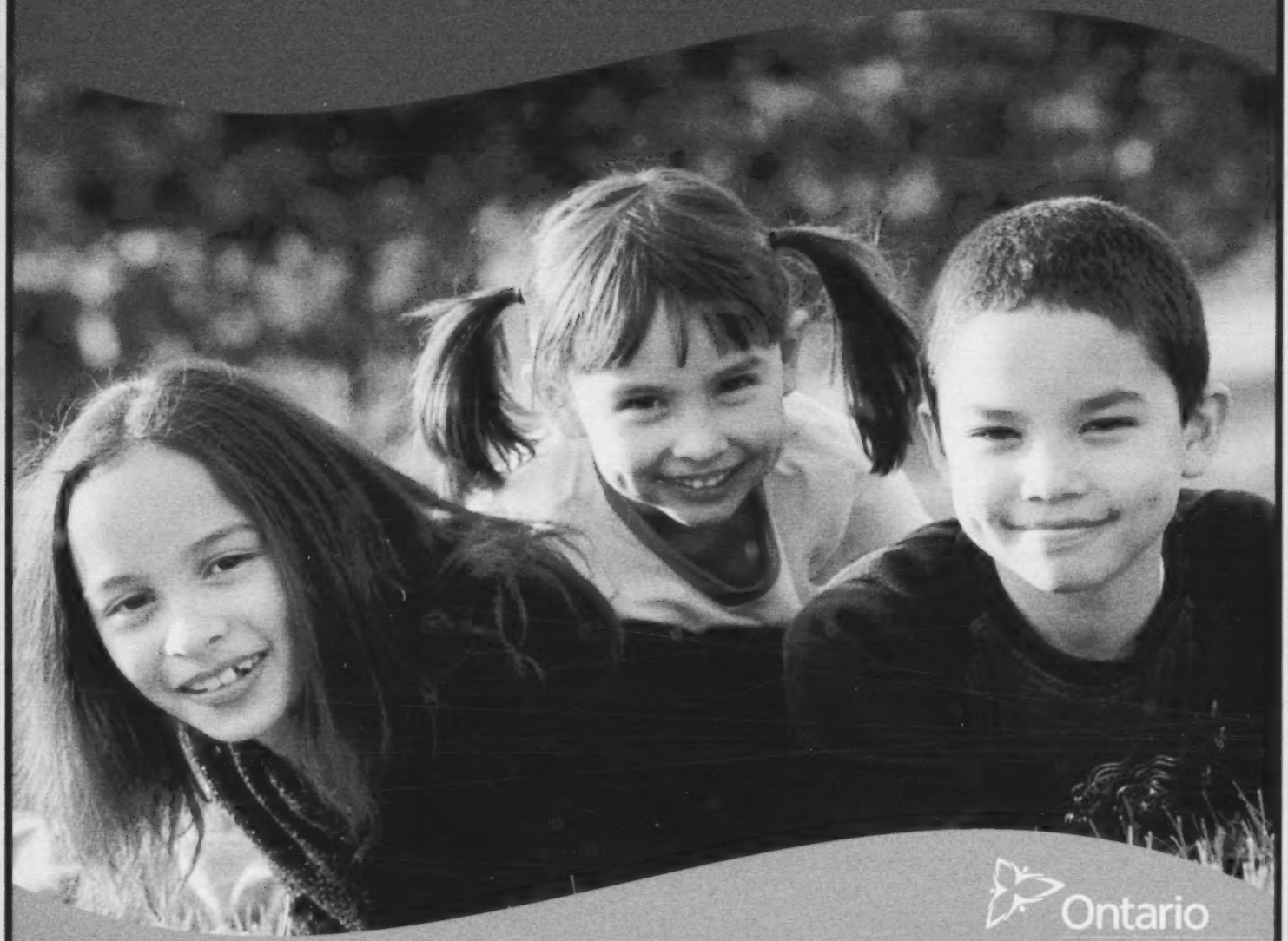
Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur

Rapport annuel 2013-2014



Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Vision, mandat, mission et valeurs 2

Message de la directrice générale et du président du conseil d'administration 3

Conseil d'administration du RLISS de HNHB 5

Évolution continue du RLISS de HNHB 7

Aperçu du RLISS de HNHB 8

Faire participer nos collectivités 12

Plan stratégique pour le système de santé 17

Avancement des priorités du système de santé 31

Indicateurs de rendement 2013-2014 52

États financiers et notes afférentes aux états financiers 58

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Vision, mandat, mission et valeurs

Vision

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants.

Mandat

Planifier, financer et intégrer le système de santé local en vue de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients à Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et Norfolk.

Mission

Assurer la disponibilité de services intégrés, et l'accès à ces services, afin d'améliorer la santé de la population et la continuité des soins de santé.

Valeurs

Le respect; l'intégrité; la responsabilité

Nous travaillons afin d'être un catalyseur du changement et nous tenons compte des particuliers et de leurs soignants, qui ont besoin de services de santé locaux.

Pour atteindre cet objectif, nous nous engageons à assurer :
la transparence, la collaboration, l'innovation, un véritable dialogue.

Message de la directrice générale et du président du conseil d'administration

Il y a douze mois, dans notre dernier rapport annuel, nous avons ouvertement reconnu que le système de santé actuel doit fonctionner plus efficacement pour les citoyens et leur fournir de meilleurs soins. Nous savions alors que nous devions changer radicalement le système de santé, mettant l'accent sur **la personne** plutôt que sur les fournisseurs.

L'année 2013-2014 a marqué la première année de changement transformationnel et de croissance pour le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (RLISS de HNHB) et ses fournisseurs de services de santé. Notre **Plan stratégique pour le système de santé** a guidé notre travail et nous a aidés à rester résolument concentrés sur notre objectif stratégique et nos orientations stratégiques.

Objectif stratégique
Améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur.

Orientations stratégiques
1. Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.
2. Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.
3. Améliorer considérablement l'expérience du patient en devenant des commissaires à la santé.

Nous savons qu'il reste beaucoup de travail à accomplir, mais nous avons fait des pas importants dans la bonne direction. Notre rapport annuel fournit l'occasion de regrouper les activités d'une année – de partager avec notre collectivité le travail accompli et le travail en cours. Voici quelques-uns des points saillants au sujet desquels les pages suivantes contiennent plus de détails :

- La **qualité** demeure au premier plan alors que le RLISS de HNHB continue d'exécuter son Plan stratégique pour le système de santé. Le personnel et le conseil d'administration se sont concentré sur diverses initiatives, dont l'établissement du conseil d'orientation de la qualité, l'élaboration d'un plan de qualité pour l'ensemble du RLISS et l'ajout d'une obligation de qualité dans les ententes de responsabilisation en matière de services.
- Une démarche uniforme à l'égard de l'**intégration des programmes cliniques dans l'ensemble du RLISS**, intégrant des attentes claires, un participation et une direction solides de la part des médecins et un leadership administratif et organisationnel robuste, a obtenu beaucoup de succès et a dégagé des résultats mesurables mis en évidence par le plan de services de cancérologie intégrés, le plan de services cliniques vasculaires intégrés et le plan de services cliniques thoraciques.
- Le déploiement des **Maillons santé** se poursuit dans le RLISS de HNHB et la province. Onze Maillons santé sont prévus dans la région de ce RLISS, et en 2013-2014, des plans d'activités pour dix d'entre eux ont été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- Le **Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement** a continué de mettre l'accent sur l'amélioration des soins et des déplacements au sein du système pour les particuliers/soignants atteints de troubles réactifs ou risquant de l'être. La collaboration entre les

fournisseurs de services de santé a permis d'apporter un changement radical propulsé par un énoncé de valeur qui représente la voix de la personne ayant des comportements réactifs.

- Des **programmes d'exercice et de prévention des chutes** sont maintenant offerts par 17 fournisseurs à 175 emplacements dans le RLISS – 132 d'entre eux étaient auparavant desservis par des cliniques de physiothérapie désignées. Ensemble, ces programmes peuvent desservir plus de 11 000 résidents.

Comme vous pouvez le constater d'après les cinq exemples mentionnés, le personnel et le conseil d'administration du RLISS de HNHB comptent fortement sur leurs partenaires communautaires pour améliorer la prestation des soins. Nous remercions sincèrement nos partenaires du système de santé de leur dévouement à l'égard de l'amélioration de l'expérience du système de santé pour les citoyens de nos collectivités. Leur travail acharné et leur détermination démontrent ce qui est possible lorsque nous – le RLISS, les fournisseurs de services de santé, les citoyens et les intervenants – **travaillons ensemble pour atteindre une vision commune**.

Nous envisageons avec enthousiasme de poursuivre notre parcours ensemble. Notre travail continue de créer un système de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants. Il améliore considérablement l'expérience du patient. Merci de continuer à placer nos patients et leurs familles au centre de votre réflexion et de votre travail.

Meilleures salutations,

Original signé par

Donna Cripps
Directrice générale

Original signé par

Michael Shea
Président du conseil d'administration

Conseil d'administration du RLISS de HNHB

De gauche à droite : Laurie Ryan-Hill, Michael Shea, Bob Lawler, Helen Mulligan, Ruby Jacobs et Mervin Witter.

Michael Shea, président

- Nomination : 28 octobre 2010 • Mandat : 3 ans
- Nomination à la présidence : 2 juin 2011 • Mandat : 3 ans
- Renomination : 27 octobre 2013 • Mandat : 3 ans

Bob Lawler, vice-président

- Nomination : 29 octobre 2008 • Mandat : 3 ans
- Nomination à la vice-présidence : 2 juin 2011 • Mandat : 3 ans
- Renomination : 30 novembre 2011 • Mandat : 3 ans

Ruby Jacobs, membre

- Nomination : 3 mars 2010 • Mandat : 3 ans
- Renomination : 20 mars 2013 • Mandat : 3 ans

Helen Mulligan, membre

- Nomination : 17 juin 2010 • Mandat : 3 ans
- Renomination : 17 juin 2013 • Mandat : 3 ans

Laurie Ryan-Hill, membre

- Nomination : 17 mai 2011 • Mandat : 3 ans
- Renomination : 17 mai 2014 • Mandat : 3 ans

Mervin Witter, membre

- Nomination : 2 juin 2011 • Mandat : 3 ans
- Renomination : 2 juin 2014 • Mandat : 3 ans

Relation entre le conseil d'administration et la haute direction

Au 1er avril 2013, l'équipe de la haute direction du RLISS comprenait la directrice générale, les directeurs des communications, de la participation et des services généraux, de la transformation du système de santé, de l'accès aux soins, de la qualité et de la gestion du risque, des finances et le médecin responsable de la transformation du système de santé clinique.

Les membres de l'équipe de la haute direction assistent aux réunions ordinaires du conseil d'administration, y compris celles des comités de vérification et du comité de la qualité et de la sécurité, et aux séances éducatives du Conseil et présentent mensuellement à celui-ci des rapports oraux et écrits sur les activités de leurs portefeuilles respectifs.

Dirigée par la directrice générale, l'équipe de la haute direction guide les activités stratégiques du RLISS et veille à ce que l'objectif et les orientations stratégiques du Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) soient au centre de la planification, de l'intégration et des recommandations de financement au Conseil.

Le Conseil fournit régulièrement une orientation à la directrice générale par l'entremise de :

- réunions ordinaires et séances éducatives
- comités du Conseil
- directives
- évaluations du rendement.

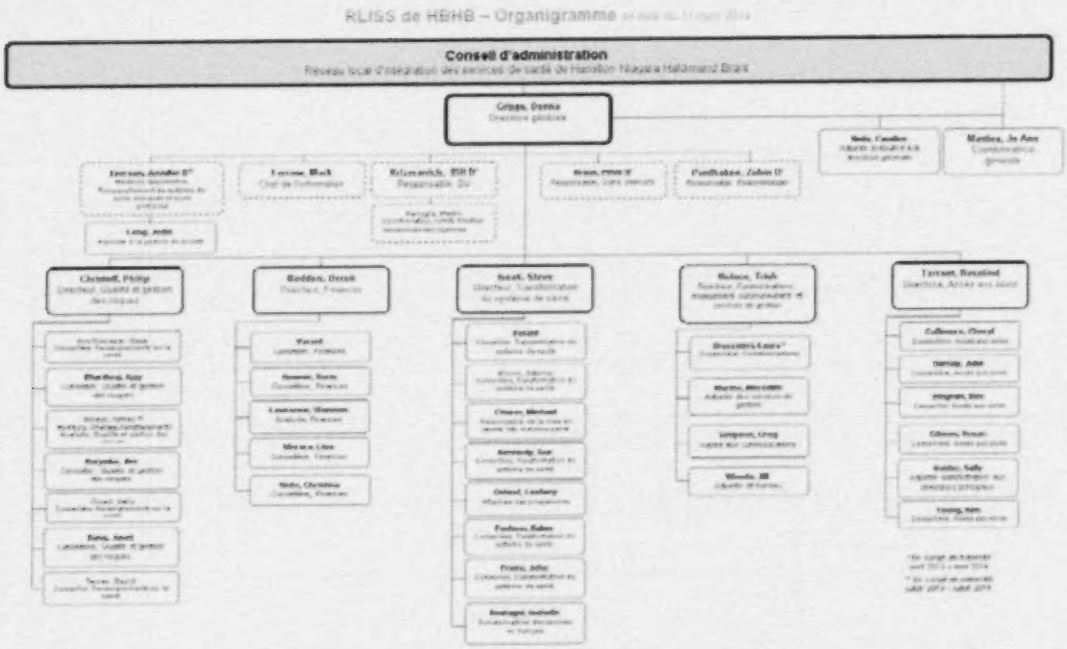
Évolution continue du RLISS de HNHB

Notre organisme

Les membres du personnel du RLISS de HNHB sont engagés et passionnés à l'égard de la réalisation de la vision du RLISS – un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants – et de l'objectif stratégique du RLISS, à savoir améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur. Ce sont cette vision et cet objectif stratégique qui les guident tous les jours dans l'exercice des fonctions associées à leurs rôles.

La structure des rôles au sein de l'organisme est fondée sur les fonctions de base du RLISS et maximise les compétences, le savoir et l'expertise du personnel. Ce dernier demeure déterminé à bâtir la capacité et à partager le savoir en obtenant de la formation et en participant à des activités locales, provinciales et nationales.

Le personnel tient à respecter les valeurs et principes de l'organisme, notamment le respect, l'intégrité et la responsabilité et, pour atteindre cet objectif, il s'engage à assurer la transparence, la collaboration, l'innovation et un véritable dialogue.



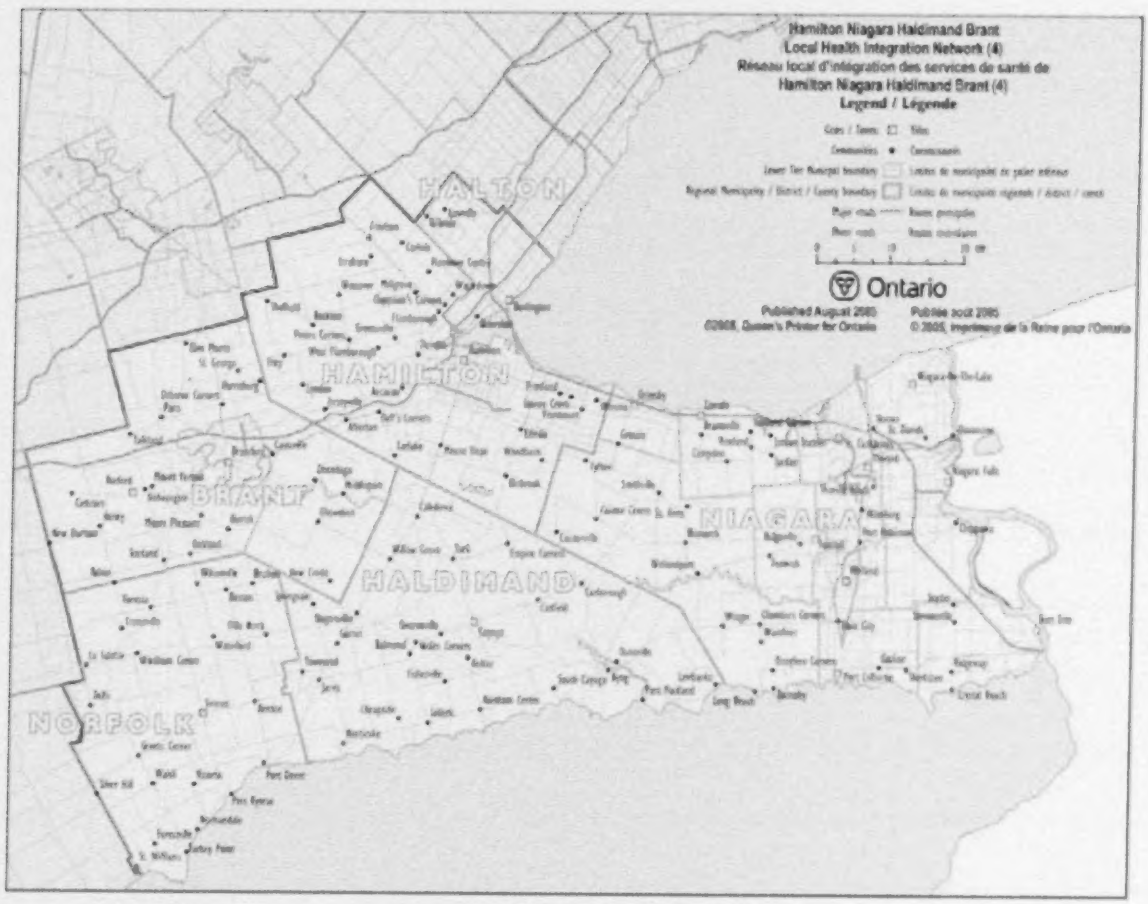
Aperçu du RLISS de HNHB

Population du RLISS de HNHB

Démographie

Le RLISS de HNHB compte environ 1,43 million d'habitants, soit 10,5 % de la population de l'Ontario. Sa population devrait augmenter de 3,8 % au cours des cinq prochaines années et de 8,4 % au cours des dix prochaines années (Source : Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO).

La population du RLISS vieillit. En date de 2013, plus de 240 000 aînés de 65 ans ou plus vivaient dans la région du RLISS et leur nombre augmentera à plus de 285 000 au cours des dix prochaines années. (Source : Estimation de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO). Le groupe des personnes âgées de 65 à 74 ans représente le plus grand nombre d'aînés de 65 ans et plus, mais la croissance la plus importante surviendra parmi le groupe des 90 ans et plus (il augmentera de 57,7 % au cours de la prochaine décennie).



Caractéristiques sociodémographiques

La population du RLISS de HNHB est diversifiée. En effet, 18 % des résidents de HNHB ont une langue autre que le français et l'anglais comme langue maternelle. Les Francophones, Premières Nations et Autochtones vivant en milieu urbain et rural sont des populations reconnues dans le RLISS. Par rapport à la province, le RLISS affiche une proportion moins élevée d'immigrants et de minorités visibles.

Environ 2,2 % des résidents du RLISS indiquent que le français est leur langue maternelle. Près de 80 % des Francophones du RLISS vivent à Hamilton et dans la région de Niagara. En outre, Welland et Port Colborne comptent le pourcentage le plus élevé de Francophones par rapport à la population totale des collectivités du RLISS.

Il y a deux réserves dans la région du RLISS de HNHB – le Territoire des Six Nations de la rivière Grand, qui compte la population la plus importante de toutes les communautés des Premières nations du Canada, et **les Mississaugas of the New Credit**. Le nombre total d'Autochtones inscrits dans le RLISS est d'environ 24 000 (1,7 % de la population totale du RLISS) et la moitié d'entre eux vit dans une réserve. Les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuits ne sont pas inclus dans ces estimations de la population. (Source : First Nations Peoples in Ontario: A Demographic Portrait, 2009. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé. Direction de l'analytique en matière de santé.).

Le RLISS compte une proportion supérieure de familles monoparentales et une proportion d'adultes ayant fait des études postsecondaires inférieure à la moyenne ontarienne.

	RLISS de HNHB	Ontario
Population totale (2013)	1 436 963	13 632 450
Population âgée, 65 ans et plus (2013)	17,2 %	15,0 %
Population dont la langue maternelle est l'anglais	80,1 %	69,8 %
Population dont la langue maternelle est le français	2,2 %	4,8 %
Population d'immigrants	20,3 %	28,3 %
Population d'immigrants récents (arrivés entre 2001 et 2006)	2,3 %	4,8 %
Population de minorités visibles	9,1 %	22,8 %
Population autochtone	1,7 %	2,0 %
Taux de participation au marché du travail (15 ans et plus)	65,7 %	67,1 %
Taux de chômage (15 ans et plus)	7,1 %	7,8 %
Population à faible revenu (avant impôt) toutes personnes	13,7 %	14,7 %
Familles monoparentales	16,2 %	16,0 %
Population (de 25 à 64 ans) sans certificat ni diplôme	14,6 %	13,5 %
Population (de 25 à 64 ans) ayant terminé des études postsecondaires	57,9 %	61,4 %

Sources : *Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, SavoirSANTÉ ONTARIO. **Enquête sur la population active 2011. Les indicateurs restants s'appuient sur le Recensement du Canada de 2006, Statistique Canada.

État de santé

L'état de santé autodéclaré révèle des aspects de la santé non décrits dans d'autres mesures. Plus de 13,0 % des résidents du RLISS déclarent un état de santé passable ou mauvais, ce qui dépasse les taux provinciaux. En outre, un nombre considérablement plus élevé de résidents déclare une limitation de leurs activités causée par une condition physique ou mentale ou à un problème de santé entraînant une douleur

ou un inconfort qui leur empêche de participer aux activités. (Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012).

Maladies et décès

Les résidents du RLISS de HNHB affichent des taux considérablement plus élevés d'arthrite/rhumatisme, de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'hypertension que l'ensemble de la province. Les taux d'hypertension et d'asthme sont légèrement supérieurs à ceux de l'ensemble de la province, mais ne sont pas considérables. (Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012).

Les taux de mortalité reflètent la santé globale de la population. **Les maladies du cœur, le cancer du poumon et l'accident vasculaire cérébral étaient les trois principales causes de décès.** Les années potentielles de vie perdues reflètent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément (c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans). Les taux de décès, d'années potentielles de vie perdues et d'hospitalisation dans le RLISS sont plus élevés que les taux provinciaux. (Source : Décès, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO).

Pratiques de santé et soins préventifs

Les mauvaises pratiques de santé, notamment l'inactivité physique et les mauvaises habitudes alimentaires, augmentent le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès. **Comparativement à la province, un nombre plus élevé de personnes dans le RLISS de HNHB** consomme une quantité excessive d'alcool et est obèse (Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012).

Les soins préventifs, tels une bonne hygiène des mains ou les examens de santé systématiques, contribuent au dépistage précoce des maladies, ce qui réduit les maladies et les décès à long terme. Parmi les indicateurs préventifs sélectionnés, aucun ne diffère de façon considérable de l'ensemble de l'Ontario. Au cours des trois dernières années, 71,7 % des femmes de la région de HNHB ont subi un test Pap (dépistage du cancer du col); 73,1 % des femmes ont subi une mammographie au cours des deux dernières années; et 32,6 % des femmes ont reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année (Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, 2008, 2009-2010 et 2011-2012).

Les médecins de famille jouent un rôle clé dans la coordination des soins et la gestion des troubles chroniques. **La majorité de la population de la région de HNHB, soit 79 %, est inscrite auprès d'un médecin de famille**. Ce pourcentage est supérieur au taux provincial de 73 %. Ce pourcentage exclut les patients qui obtiennent leurs soins auprès d'un Centre de santé communautaire (Source : Direction de l'analytique en matière de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, février 2012)

Sommaire

Le RLISS occupe un territoire d'environ 6 500 kilomètres carrés qui regroupe les régions de Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et la majeure partie de Norfolk. **Il compte environ 1,43 million d'habitants** et des petites collectivités rurales et grands centres urbains regroupant une population culturellement et linguistiquement diversifiée.

Comparativement à l'Ontario, le HNHB compte un pourcentage plus élevé de :

- familles monoparentales;
- personnes déclarant un état de santé passable ou mauvais;
- personnes dont les activités quotidiennes sont limitées;

- personnes qui consomment une quantité excessive d'alcool;
- personnes obèses;
- personnes atteintes d'arthrite/rhumatisme;
- personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique;
- personnes atteintes d'hypertension.

Le RLISS de HNHB compte également :

- un taux plus élevé de décès prématurés et d'hospitalisation;
- un pourcentage inférieur d'adultes ayant fait des études postsecondaires.

Faire participer nos collectivités

La participation communautaire est une des fonctions fondamentales des RLISS et figure dans la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local qui a établi les RLISS. Dans le cadre de ses activités, le RLISS rencontre toutes sortes de personnes, notamment des résidents de la région, des professionnels de la santé et des participants actifs au système de santé. Il rencontre également les communautés francophones et les communautés autochtones et les Premières nations. Le RLISS de HNHB reconnaît, respecte et comprend les besoins uniques de ces communautés diversifiées.

Participation des Autochtones

Le RLISS de HNHB travaille avec les membres des Premières Nations et des communautés autochtones pour cerner les besoins de santé de cette population diversifiée et y répondre. Grâce à la participation communautaire des Autochtones, il détermine la meilleure façon de combler les lacunes des services de santé. Le respect et l'intégration des pratiques traditionnelles autochtones et des services de santé non traditionnels sont essentiels à l'élaboration de solutions qui s'harmonisent à l'identité culturelle, la santé holistique et les valeurs communautaires.

Le réseau de santé autochtone du RLISS offre aux fournisseurs de services sociaux et de santé autochtones la possibilité de travailler avec le RLISS pour traiter des besoins et des enjeux des communautés autochtones. Il se réunit environ dix fois par année.

En janvier 2012, le réseau de santé autochtone a cerné les trois priorités clés de son plan d'action triennal :

1. Réduire le taux de suicide parmi les jeunes et renforcer les services de santé mentale pour les jeunes.
2. Réduire le taux de diabète et autres maladies chroniques chez les Autochtones.
3. Réduire l'incidence de violence conjugale et préconiser des familles solides, stables et responsables.

Le réseau de santé autochtone a travaillé à réduire le taux de suicide parmi les jeunes et à renforcer les services de santé mentale pour les jeunes en offrant des ateliers sur le sujet et des programmes de formation de gardiens. La formation de gardiens est une stratégie recommandée par les Nations Unies pour prévenir le suicide et il a été démontré qu'elle influence positivement le savoir, les compétences et les attitudes des stagiaires en prévention du suicide (Source : Issac, M., et autres. 2009. « Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. » Revue canadienne de psychiatrie, 54(4), 260-268).

En 2013-2014, le RLISS a fourni des fonds pour des ateliers de Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) – version 10 et des programmes de formation de gardiens SafeTALK pour la prévention du suicide offerts aux fournisseurs de services de santé (FSS) et aux communautés autochtones dans l'ensemble de sa région. L'objectif d'ASIST est d'aider les soignants à être prêts, disposés et aptes à fournir des premiers soins aux personnes qui risquent de se suicider. SafeTALK est un programme de formation qui enseigne aux membres de la communauté à reconnaître les personnes qui ont des idées suicidaires et à les acheminer aux programmes d'intervention appropriés. Des éducateurs formés ont offert des ateliers ASIST à 201 personnes et des programmes de formation de gardiens SafeTALK pour la prévention du suicide à 408 personnes. En date de mars 2014, environ 30 % des objectifs de formation ont été atteints et tous les formateurs ont reçu une formation additionnelle axée sur

ASIST version 11. Ces formateurs sont maintenant en mesure d'offrir à d'autres résidents de notre région une formation en prévention du suicide.

Le réseau de santé autochtone, en association avec le Native Horizons Treatment Centre, a formé dix formateurs en premiers soins en santé mentale (PSSM) dans le cadre d'une autre initiative dans ce domaine. En tant qu'instructeurs pour le cours de base PSSM Canada, ces formateurs ont l'autorisation de donner ce cours aux membres de la communauté autochtone. Ce cours apprend aux participants à fournir des premiers soins aux personnes qui présentent des signes de problèmes de santé mentale ou vivent une urgence en santé mentale, notamment aux personnes atteintes de troubles mentaux, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de psychose. Les membres de la communauté aux prises avec ces problèmes peuvent recevoir des soins appropriés plus rapidement grâce à cette formation et à la reconnaissance hâtive de la situation.

Les initiatives en cours visant à réduire l'incidence du diabète et d'autres maladies chroniques chez les Autochtones se concentrent sur l'adoption d'un comportement sain, notamment alimentation saine, activité physique accrue, abandon du tabac et diminution du stress. Le réseau de santé autochtone a lancé le programme de santé et de bien-être Walk the Talk pour personnifier un leadership en promotion de la santé des Autochtones auprès des bénéficiaires de services. En date de mars 2014, le taux de participation des membres du réseau au programme Walk the Talk atteignait 88 %.

Également en 2013-2014, le réseau, en association avec le De dwa da dehs nye's Aboriginal Health Centre, a demandé et reçu un financement de base du RLISS pour embaucher trois intervenants pivots autochtones à temps plein. Ces intervenants travailleront avec les organismes de services sociaux et de santé autochtones et traditionnels, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB et les hôpitaux du RLISS pour aider les clients et soignants autochtones et leurs familles à se déplacer dans le système de santé après une admission à l'hôpital et assurer l'accès à des services de santé adaptés à la culture et la prestation de ceux-ci.

Utilisant le fonds d'engagement des Autochtones, le réseau de santé autochtone a tenu des consultations continues avec les communautés autochtones à l'intérieur et à l'extérieur des réserves pour examiner des stratégies visant à inclure des pratiques culturelles appropriées pour améliorer les résultats pour la santé des Autochtones au cours de la prochaine année.

Le réseau de santé autochtone, en association avec le De dwa da dehs nye's Aboriginal Health Centre et l'Ontario Federation of Indian Friendship Centres, a offert des séances de formation en sensibilisation culturelle. En tout, 14 séances ont eu lieu entre août 2013 et mars 2014. Le conseil d'administration et les membres du personnel du RLISS, les directeurs généraux de fournisseurs de services de santé, les directeurs généraux et les coordonnateurs des Maillons santé, les centres de soins urgents et les services médicaux d'urgence, les fournisseurs de soins primaires et les travailleurs de première ligne ont tous participé à ces séances. Cette formation est conçue de manière à renforcer les connaissances, la conscience de soi et les compétences des personnes qui travaillent directement et indirectement avec les Autochtones. Elle a pour but de développer les compétences individuelles et organisationnelles et de promouvoir des partenariats positifs avec les fournisseurs de services autochtones; l'objectif est d'améliorer les soins aux patients autochtones grâce à une communication efficace et à des compétences en établissement de relations. En tout, 362 personnes ont participé à cette formation en sensibilisation culturelle dans la région du RLISS. Cette initiative accueillie très favorablement par les partenaires communautaires continue de renforcer la sensibilisation culturelle et la compétence culturelle dans le RLISS. Elle est essentielle pour fournir des soins de qualité optimale aux Autochtones tout en

reconnaissant et en respectant leur culture et leurs croyances. Cette formation a fourni aux fournisseurs de services non autochtones les connaissances nécessaires à l'atteinte de ces objectifs.

Le réseau de santé autochtone anime une vaste séance de participation communautaire chaque année pour consulter les membres vivant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves de HNHB. L'objectif est d'améliorer la santé des Autochtones de la région du RLISS. Cette séance représente une tribune permettant de sensibiliser la communauté aux nouvelles initiatives, de commenter les objectifs stratégiques du réseau pour 2014-2015 et de participer à des activités visant à améliorer l'expérience du patient autochtone. La séance de cette année a notamment servi de cadre au lancement du nouveau programme de santé et de bien-être Walk the Talk qui personnifie le leadership des 15 membres organisationnels du réseau et leur engagement conjoint à promouvoir la santé des Autochtones auprès de leur personnel et des bénéficiaires de services dans les domaines de la nutrition, de la forme physique, de l'abandon du tabac et de la diminution du stress. La journée a également inclus une foire interactive sur la santé des Autochtones à laquelle ont participé plus de 27 fournisseurs de services autochtones du RLISS. Plus de 120 membres des communautés autochtones ont participé à la séance de participation réussie de cette année.

Participation des Francophones

La Loi de 1986 sur les services en français de l'Ontario reconnaît l'apport des Francophones au patrimoine historique, culturel et linguistique de la province. Elle garantit aux Franco-Ontariens le droit de communiquer avec le gouvernement dans leur langue maternelle et de recevoir des services en français. À cette fin, les RLISS planifient et soutiennent les services de santé en français et engage la participation de la communauté francophone dans le processus. Les résidents et intervenants francophones connaissent le mieux leurs communautés. L'objectif consiste à assurer de meilleurs résultats pour les services de santé en français, tout en reconnaissant et en respectant la diversité des communautés francophones.

Partenaires en santé

Le RLISS de HNHB, le RLISS de Waterloo Wellington et l'Entité de planification pour les services en français dans les régions Waterloo, Wellington, Hamilton, Niagara, Haldimand, Brant (l'Entité) ont signé une entente de financement et de responsabilisation de cinq ans entrée en vigueur le 1er avril 2011. Celle-ci énonce les rôles et responsabilités de chaque partie en ce qui a trait à la prestation de conseils par l'entité sur :

- les façons de faire participer sa collectivité francophone;
- les besoins et priorités de sa collectivité francophone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;
- les services de santé auxquels a accès la collectivité francophone;
- l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans le RLISS;
- les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- la planification et l'intégration des services de santé en français dans le RLISS.

L'entente de responsabilisation a mandaté l'établissement d'un comité de liaison mixte dont le rôle consiste à élaborer des processus de dialogue et de collaboration continus et un plan d'action annuel commun (PAAC) énonçant les objectifs, priorités et actions de chaque partie pour l'exercice en cours.

Participation de la communauté francophone

Le RLISS a participé à trois réunions organisées par l'Entité pour mieux comprendre les besoins, préoccupations et préférences des aînés francophones des régions de Hamilton et Burlington en ce qui a trait à l'accès aux maisons de soins de longue durée. Le RLISS a sondé et examiné les maisons de soins de longue durée pour évaluer la capacité et la faisabilité relatives à l'élaboration d'un programme culturellement et linguistiquement adapté aux résidents qui parlent français.

Le RLISS participe également aux réunions et aux événements communautaires pour la communauté francophone afin de promouvoir les services et les programmes de santé et se renseigner sur les besoins de la population. Il a préparé une brochure énumérant les programmes et services offerts en vue de faire savoir au public comment il s'acquitte de ses obligations en vertu de la Loi sur les services en français.

Le RLISS a participé activement aux discussions sur la planification concertée des organismes francophones (notamment la Table interagence francophone du Niagara) qui font partie des exigences devant être respectées par les fournisseurs de services de santé en français. Les fournisseurs de services de santé en français doivent élaborer une stratégie de mobilisation pour comprendre la communauté francophone et ses intervenants et intégrer leurs besoins particuliers dans le processus de planification. Ces séances de participation communautaire ont été promues comme des tables de planification concertée qui permettent aux partenaires de s'associer et de promouvoir leurs services dans la communauté.

Écouter et apprendre

En réponse à un besoin déterminé, le RLISS a alloué 276 100 $ au Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara pour lui permettre de fournir des services de counseling en santé mentale et en toxicomanie aux francophones de Niagara et de Hamilton. En 2013-2014, il y a eu 750 consultations, 310 personnes desservies et 40 séances de groupe.

Dans le cadre du processus de mise à jour de l'Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels, le RLISS a encouragé tous les fournisseurs de services de santé à augmenter leurs connaissances et leur sensibilisation par rapport aux services en français afin d'améliorer l'accès à des services de santé en français de qualité et de les aider à planifier et à mettre en œuvre des services en français pour leurs clients francophones.

Participation des médecins

Le RLISS de HNHB compte divers réseaux actifs de médecins auxquels participent des médecins de soins primaires et des spécialistes. Le groupe des dirigeants médicaux est composé de médecins-chefs ou de vice-présidents des services médicaux des hôpitaux du RLISS. Il s'est réuni chaque mois et a travaillé à la réduction des temps d'attente et à l'accès aux services. L'engagement et la participation solides des médecins du RLISS ont été des facteurs déterminants pour la réussite et l'avancement du Plan stratégique pour le système de santé. Ils ont également ouvert des possibilités d'intégration clinique (voir la page 21 pour plus de détails).

La participation des médecins a été essentielle au lancement de programmes visant à optimiser les soins dans les services des urgences. Mentionnons, notamment Critical Link, un programme qui prévoit un partenariat entre les services des urgences de petite et moyenne taille et les grands services des urgences des collectivités pour les soins continus aux patients dont l'état est semi-critique (voir la page 49 pour plus de détails). En association avec les spécialistes des soins intensifs et le groupe des dirigeants médicaux, le

RLISS a lancé la Politique concernant les malades en phase critique qui assure que les personnes dont l'état de santé est critique reçoivent des soins immédiats à l'hôpital qui peut prendre soin d'eux. C'est un exemple de prestation de bons soins, au bon moment et au bon endroit (voir la page 49 pour plus de détails).

Hamilton Health Sciences, site Hamilton General, a reçu la plupart des malades en phase critique. La politique fait en sorte que les personnes dont l'état de santé est critique reçoivent des soins immédiats et appropriés à l'hôpital qui convient.

Le réseau de l'imagerie diagnostique (ID) (radiologues) a travaillé en collaboration avec ses responsables administratifs pour réduire les temps d'attente pour un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) et par tomodensitométrie. Il a fait des efforts considérables pour éventuellement réduire la liste d'attente pour un examen par IRM dans le RLISS et a, notamment, travaillé avec un sous-groupe de chirurgiens orthopédistes pour élaborer des lignes directrices sur la pertinence de l'utilisation de la tomodensitométrie/de l'IRM ou de radiographies simples.

Le réseau de soins primaires du RLISS est composé de médecins de soins primaires et des onze responsables de la médecine familiale des Maillons santé. Il assume plusieurs fonctions, notamment la prestation de conseils au RLISS, à la collectivité et aux hôpitaux sur d'éventuelles initiatives visant à améliorer l'expérience du patient et à aider les médecins de famille à prendre soin de leurs patients ayant des besoins complexes. L'année dernière, il a contribué à l'élaboration d'une liste de vérification pour les congés, donné des conseils concernant le nouveau Esophageal Diagnostic Assessment Program (EDAP) du RLISS, présenté des observations sur les programmes cliniques en maladie pulmonaire obstructive chronique (pour réduire les admissions de ces patients) et suggéré des façons d'augmenter la participation des patients aux programmes d'éducation du diabète (PED) dans les divers Maillons santé. De concert avec le réseau de soins primaires et le représentant de l'Ontario Medical Association (OMA) de sa région, le RLISS a organisé une rencontre pour les psychiatres communautaires et les médecins de famille. Cette rencontre a fourni au RLISS d'excellentes occasions d'améliorer l'accès pour les patients du secteur de la santé mentale; l'accent a été mis sur les troubles concomitants et l'intervention précoce. Ces renseignements ont été transmis au comité consultatif sur la santé mentale du RLISS de HNHB et seront pris en compte lors de l'élaboration des objectifs de 2014-2015 pour le groupe de travail des psychiatres en chef.

Ce groupe s'est concentré sur la mise en œuvre des Maillons santé et l'utilité d'une rencontre mensuelle entre les responsables de la médecine familiale de chaque Maillon santé pour partager des possibilités et examiner les données et le matériel sur la santé de la population ne saurait être sous-estimée.

La normalisation de plusieurs valeurs critiques dans les hôpitaux du RLISS était un des objectifs du réseau des directeurs médicaux des laboratoires en 2012-2013. Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital ou à l'urgence, il est essentiel que certaines valeurs sanguines critiques soient communiquées immédiatement aux médecins. Une initiative axée sur la sécurité des patients a été mise en œuvre pour normaliser ces valeurs critiques, afin que peu importe où un médecin fournit des soins, les laboratoires communiquent des résultats d'analyses sanguines normalisés. Étant donné que les médecins et les étudiants en soins de santé travaillent dans une variété de milieux cliniques, les directeurs médicaux des laboratoires ont élaboré des valeurs normalisées pour uniformiser la communication par les divers laboratoires du RLISS. La réussite de cette initiative a mené à la normalisation de plusieurs autres résultats d'analyse sanguine.

Comité consultatif des professionnels de la santé

Depuis 2008, les membres du Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS) jouent un rôle important dans la présentation des commentaires de leurs secteurs respectifs au RLISS. Ce comité se concentre sur la possibilité d'optimiser la collaboration interprofessionnelle et les champs d'exercice au sein du RLISS.

En 2013-2014, le CCPS a convenu de se concentrer sur la santé mentale et la toxicomanie au cours des deux prochaines années. Il a reçu plusieurs demandes de professionnels paramédicaux qui souhaitent se joindre au CCPS et s'intéressent à la santé mentale et à la toxicomanie. En avril 2014, le CCPS et ses nouveaux membres commenceront à collaborer avec le groupe consultatif sur la santé mentale du RLISS 4 (composé de directeurs généraux et de vice-présidents d'hôpitaux locaux et d'organismes communautaires de santé mentale) pour élaborer des objectifs précis pour les deux prochaines années.

Plan stratégique pour le système de santé (PSSS)

Le Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) du RLISS de HNHB fournit une feuille de route quinquennale pour la mise en œuvre d'un nouveau système de santé qui améliore considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur. Il a été approuvé par le conseil d'administration du RLISS à sa réunion du 12 décembre 2012. Les plans qui figurent dans le PSSS visent à enchâsser une culture de qualité dans l'ensemble du système de santé, à intégrer la prestation des services et à élargir le rôle des RLISS pour qu'ils deviennent des commissaires à la santé.

Le PSSS a pour but de bâtir un système de soins de santé fondé sur des preuves, intégré et axé sur la personne qui focalise sur :

- l'expérience de l'usager du système de santé
- la santé d'une population définie
- les dépenses de santé par habitant

Amélioration de la qualité à l'échelle du système

Tout au long de 2013-2014, le RLISS a mobilisé ses FSS et ses partenaires pour améliorer la qualité à l'échelle du système. Il s'est réuni avec ses fournisseurs pour discuter des possibilités, des partenariats et du leadership requis pour favoriser l'amélioration de la qualité et le renouvellement du système de santé. Cette collaboration s'est poursuivie dans le continuum de soins par le truchement de divers réseaux, notamment : vice-présidents cliniques, membres du réseau des maisons de soins de longue durée et directeurs généraux des centres de santé communautaire et des organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

L'enchâssement d'une culture de qualité est un des objectifs stratégiques du RLISS. Pour l'atteindre, il a mis l'accent sur diverses initiatives, y compris l'établissement du conseil directeur de la qualité du RLISS, l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité pour l'ensemble du RLISS et l'ajout de l'exigence de qualité aux ententes de responsabilisation en matière de services.

Conseil directeur de la qualité

Le Plan stratégique pour le système de santé préconisait l'établissement d'un conseil directeur de la qualité regroupant des fournisseurs de l'ensemble du système de santé de même que des experts pour guider la mise en œuvre d'un cadre d'amélioration de la qualité. Le conseil est coprésidé par la directrice générale du RLISS et la directrice générale du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB et ses membres représentent tous les secteurs – hôpitaux, foyers de soins de longue durée (FSLD), services de soutien communautaire (SSC) et santé mentale et toxicomanies.

Plan d'amélioration de la qualité à l'échelle du RLISS

Le conseil directeur de la qualité a fourni des orientations et des conseils pour l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité à l'échelle du RLISS incorporant le programme commun d'amélioration de la qualité de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) pour mise en œuvre le 1er avril 2014.

Le plan du RLISS mettra l'accent sur l'expérience du patient et fournira une orientation stratégique pour la mise en valeur des intérêts des patients lors de la prestation des services. On accomplira cela grâce au partage de pratiques exemplaires entre les organismes, à la tenue d'enquêtes régulières auprès des patients et à la participation des patients à la conception des services.

Exigences de qualité de l'Entente de responsabilisation en matière de services (ERS)

Sont incluses dans l'Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M) et l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD) des exigences de qualité qui obligent les fournisseurs de services de santé à soumettre au RLISS un plan d'amélioration de la qualité d'ici au 31 mars 2014. Ces plans doivent inclure trois éléments :

- politique du conseil d'administration/engagement à l'égard de la qualité;
- tableau de bord équilibré cernant mesures et résultats;
- exposé (décrivant toutes les démarches ou activités, etc.).

Ce plan complète et mise sur les plans exigés par QSSO et assurera que tous les fournisseurs disposent de plans solides pour planifier, mesurer et exécuter des stratégies d'amélioration de la qualité.

Des ressources sur la qualité ont été affichées et mises à jour au besoin sur le site Web du RLISS de HNHB pour aider les fournisseurs de services de santé à aborder la gouvernance, la mesure et le suivi et les plans d'action. Ces ressources fournissent des exemples concrets de listes de vérification de la gouvernance et de planification stratégique, des conseils liés aux tableaux de bord équilibrés qui surveillent les initiatives en matière de qualité et des modèles de plan d'amélioration de la qualité susceptibles d'aider les organismes à enchâsser une culture de qualité. Le personnel du RLISS a également participé à diverses activités sectorielles pour parler de l'exigence de qualité du RLISS et des efforts en vue d'intégrer une culture de qualité. Ces initiatives concordaient avec les stratégies provinciales et elles ont renforcé la capacité à accomplir des projets d'amélioration de la qualité dans le RLISS et à améliorer considérablement l'expérience du patient.

Grâce à ce travail, le RLISS et les fournisseurs de services de santé ont :

- accentué la perspective du patient;
- favorisé la pensée novatrice;
- partagé des idées et stratégies;
- utilisé des données pour favoriser le changement et les soins aux patients.

Le RLISS a continué de travailler avec les fournisseurs de services de santé pour établir des priorités conformes aux objectifs systémiques et a axé les efforts sur l'établissement d'objectifs ambitieux dans une mesure raisonnable pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des services.

Intégration – les Maillons santé, un nouveau modèle de prestation intégrée des services

Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services commence au niveau local. On intègre la prestation des services pour un groupe de particuliers, une personne à la fois.

L'Ontario a amélioré les soins prodigués aux aînés et aux personnes qui ont des besoins complexes, en établissant les **Maillons santé**. Cette approche innovatrice réunit les fournisseurs de services de santé d'une collectivité pour coordonner plus efficacement et rapidement les soins aux patients ayant de très grands besoins.

Les Maillons santé sont la pierre angulaire de l'orientation stratégique destinée à améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.

Les patients qui ont les plus grands besoins en matière de soins de santé constituent cinq pour cent de la population de l'Ontario, mais ils utilisent des services comptant pour environ les deux tiers des dollars investis en santé dans la province. Une meilleure coordination des soins pour ces patients mènera à de meilleurs soins et à d'importantes économies pour le système de santé qui pourront être consacrées à d'autres patients, ce qui en fin de compte améliorera la viabilité des soins de santé publics.

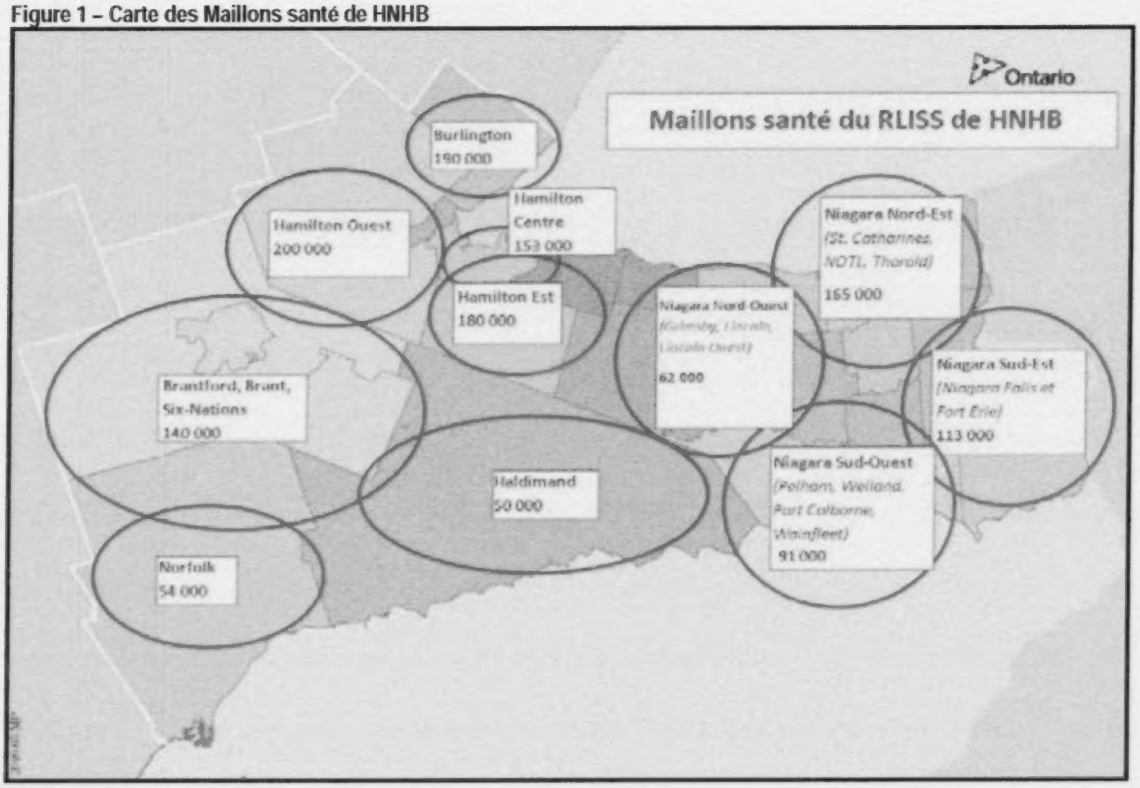
En 2013-2014, nous avons atteint plusieurs objectifs clés à l'appui de la mise en œuvre des Maillons santé.

Travail de base

Soucieux de refléter la répartition et la diversité de sa population, le RLISS a identifié onze Maillons santé prospectifs (le nombre le plus important par rapport aux autres RLISS de la province).

Le RLISS a aidé chaque éventuel Maillon santé à mettre en lumière les besoins de la population, les possibilités, le soutien médical et les partenariats émergents. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a jugé ces critères nécessaires à la mise en œuvre d'un Maillon santé. En fonction des critères susmentionnés et des évaluations individuelles de leur état de préparation, le MSSLD les a tous approuvés en tant que Maillons santé « officiels ».

Figure 1 – Carte des Maillons santé de HNHB



Identifier le client du Maillon santé

Le RLISS s'est associé à des experts et à des organismes locaux pour identifier les personnes les plus susceptibles de profiter d'une participation aux Maillons santé. Selon les données de 2012, le RLISS comptait 2 292 « grands utilisateurs ». Ces personnes étaient incluses dans cette cohorte en fonction des critères suivants : cinq visites ou plus à l'urgence et trois hospitalisations ou plus au cours de l'année précédente.

Maillons santé – défis locaux, solutions locales

Le RLISS a aidé les partenaires locaux à préparer des évaluations de leur état de préparation pour démontrer que chaque Maillon santé satisfaisait aux critères établis pour être officiellement reconnu par le MSSLD. Le MSSLD a par la suite approuvé officiellement les onze Maillons santé.

Le RLISS a aidé les Maillons santé à préparer des plans d'activité et à les soumettre au MSSLD (dix plans ont été initialement soumis). Les plans énonçaient diverses initiatives axées sur les défis qui surgissaient au sein de chaque Maillon santé. Ce sont :

- Un modèle de consultation rapide qui permet aux médecins de famille de communiquer rapidement et brièvement avec les médecins spécialistes.
- Des coordonnateurs de soins dédiés pour aider les patients des Maillons santé à se déplacer au sein du système.
- Une notification électronique – un courriel ou un message est envoyé au fournisseur de services de santé lorsqu'une personne se rend à l'urgence ou est hospitalisée.

- L'identification des patients des Maillons santé au sein du système hospitalier et du système de soins primaires (p. ex., ClinicalConnect) pour que les patients soient identifiés – et immédiatement traités – aux points de service.

Principales initiatives des Maillons santé, 2013-2014

Coordination des soins

Le RLISS a examiné la coordination des soins dans la province et a encouragé les Maillons santé à adopter de meilleures pratiques en matière de planification de soins centrés sur la personne. Il a fait appel aux fournisseurs, partenaires et intervenants pour entamer les dialogues importants qui aboutiraient éventuellement à la coordination des soins qui est au cœur des Maillons santé.

Améliorer l'accès aux soins spécialisés

Lorsqu'il traite une personne qui a des besoins complexes, le médecin de famille doit parfois s'adresser à un spécialiste pour discuter brièvement de son traitement. Or, le RLISS a élaboré un modèle de consultation rapide unique qui permet aux médecins de famille de soumettre une question à un spécialiste participant par l'entremise d'un portail en ligne ou par téléphone. Le spécialiste répond ensuite – souvent dans un délai de quelques heures – par courriel ou par téléphone. Le modèle de consultation rapide permet aux patients d'éviter les longues listes d'attente et aux médecins de famille de dispenser des soins plus complets à leurs patients.

Soins paramédicaux communautaires

Le RLISS a facilité des partenariats entre les Maillons santé et les équipes de services médicaux d'urgence pour envisager un élargissement du rôle du personnel paramédical, qui a un bagage de connaissances et d'expérience, afin de mieux répondre aux besoins complexes des patients. Selon de nouveaux modèles mis en œuvre au sein des Maillons santé, le personnel paramédical rend visite aux patients dans leur collectivité ou à domicile pour les aider à mieux gérer leurs maladies chroniques.

Intégration des programmes cliniques

La planification continue des services cliniques concorde avec le Plan stratégique pour le système de santé du RLISS visant à établir un système de soins de santé intégrés qui offre aux gens des soins coordonnés, de grande qualité, rentables et dégageant de meilleurs résultats pour la population.

Le RLISS suit un processus uniforme pour l'élaboration de programmes cliniques intégrés à l'échelle de sa région. Ce processus a obtenu beaucoup de succès et a dégagé des résultats mesurables mis en évidence par le plan de services de cancérologie intégrés, le plan de services cliniques vasculaires intégrés et le plan de services cliniques thoraciques. La réussite est attribuable à un processus défini avec des attentes claires, à un engagement et une direction solides de la part des médecins et à un leadership administratif et organisationnel robuste.

Programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS

Le concept clé qui sous-tend les programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS est « un programme à plusieurs emplacements ». Tous les résidents du RLISS devraient avoir accès à un programme coordonné utilisant la même approche à l'égard de la prestation des services et les mêmes normes de qualité. Cela exige une normalisation accrue et une réduction de la variation clinique entre les fournisseurs grâce à :

- des définitions et des processus d'acheminement des patients communs;

- des modèles de soins et des processus d'amélioration de la qualité communs fondés sur des pratiques exemplaires
- des effets, objectifs, résultats prévus et mesures communs.

Voici des exemples des réalisations dégagées par les plans de services cliniques du RLISS :

- Le plan de services de cancérologie intégrés a établi un seul programme de prestation des services administré pour les patients à plusieurs emplacements du RLISS.
- Le plan de services cliniques vasculaires intégrés a établi une politique de non-refus pour les patients ayant subi une intervention assortie d'une surveillance étroite pour assurer qu'ils reçoivent des soins appropriés à l'endroit qui convient le mieux.
- Le plan de services cliniques thoraciques a affiché une durée du séjour plus courte pour les patients ayant subi une chirurgie thoracique pour un néoplasme bénin par suite du renforcement de la capacité aux consultations externes des hôpitaux du RLISS. Cet accomplissement est attribuable à une collaboration avec le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) pour des services et un soutien à domicile.

Orthopédie

Reconnaissant les changements à la démographie, à l'utilisation des services et aux modèles de prestation, le RLISS a accordé une grande priorité aux soins orthopédiques en 2013-2014. Au cours des neuf premiers mois de l'exercice en cours, plus de 3 300 arthroplasties totales et 180 révisions ont été pratiquées dans le RLISS par 31 chirurgiens à sept emplacements hospitaliers différents (Source : WTIS iPort Access [DTB010 Report]). La demande pour ces interventions devrait progresser par suite du vieillissement de la population et pourrait augmenter de plus de 50 % d'ici 2022. Il importe que le secteur orthopédique examine la façon la plus efficace de fournir ces services.

Le RLISS a élaboré le plan de capacité orthopédique intégrée (PCOI) et l'a soumis au MSSLD en avril 2013. Ce document décrit un plan d'utilisation optimale des ressources pour l'arthroplastie unilatérale primaire de la hanche et du genou ainsi que les mesures utilisées pour surveiller l'accessibilité et la qualité.

Le PCOI a guidé des initiatives destinées à diminuer la variation et à appuyer de meilleures pratiques. Ce sont, notamment, l'établissement d'un comité directeur de l'orthopédie composé de dirigeants administratifs et médicaux des emplacements participants ainsi que l'élaboration de modèles d'ordonnances orthopédiques, de parcours de soins normalisés et de ressources éducatives pour les patients. Les autres initiatives décrites dans le PCOI ont établi la nécessité de gérer efficacement les données, d'élaborer des stratégies axées sur une gestion précise des temps d'attente et sur l'établissement de rapports sur le rendement du système et de tenir des réunions mensuelles avec les administrateurs et les médecins-chefs des hôpitaux pour passer en revue les indicateurs de rendement. L'accent a été mis sur le repérage de possibilités d'amélioration et d'efficacité continues, notamment en ce qui a trait à la façon dont les interventions et les temps d'attente sont réservés et administrés.

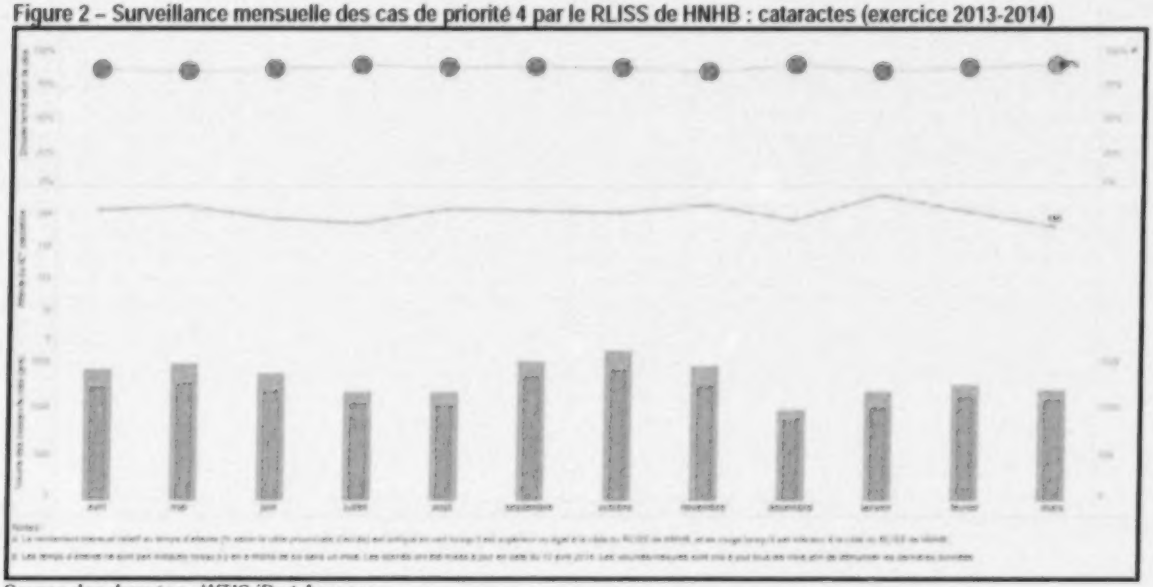
De ce fait, la participation aux initiatives du RLISS s'est élargie, les cinq emplacements du programme régional d'évaluation des articulations ayant participé. Pareillement, les cinq emplacements ont mis en œuvre des stratégies axées sur une gestion précise des temps d'attente et sur l'établissement de rapports exacts à cet égard; certains emplacements ont signalé une hausse marquée de telles pratiques l'année dernière. En travaillant avec les hôpitaux et le CASC de HNHB, le RLISS a réussi à atteindre les objectifs en matière d'efficience, d'efficacité et de sécurité.

Le travail du RLISS sur le PCOI a permis de mettre en œuvre les mesures et modifications aux pratiques requises pour atteindre les cibles énoncées dans la fiche de pointage orthopédique provinciale. Le RLISS a continué de travailler avec les hôpitaux et le CASC de HNHB pour atteindre et surpasser les cibles indiquées dans cette fiche, mettant l'accent sur les objectifs pour les temps d'attente. Appuyé par un leadership axé sur l'atteinte de résultats et l'intégration des structures existantes, le PCOI a cerné des recommandations prioritaires en vue de réduire encore davantage les temps d'attente.

Ophtalmologie

Au troisième trimestre de l'exercice 2013-2014, 14 504 chirurgies de la cataracte pour des cas priorité 4 avaient été pratiquées dans le RLISS, améliorant ainsi la vision et la qualité de vie des gens. Les cliniciens évaluent chaque patient et déterminent l'urgence du traitement, ce dernier allant de plus urgent (priorité 1) à moins urgent (priorité 4). La priorité 4 fait référence aux cas non urgents.

Figure 2 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : cataractes (exercice 2013-2014)



Source des données : WTIS iPort Access

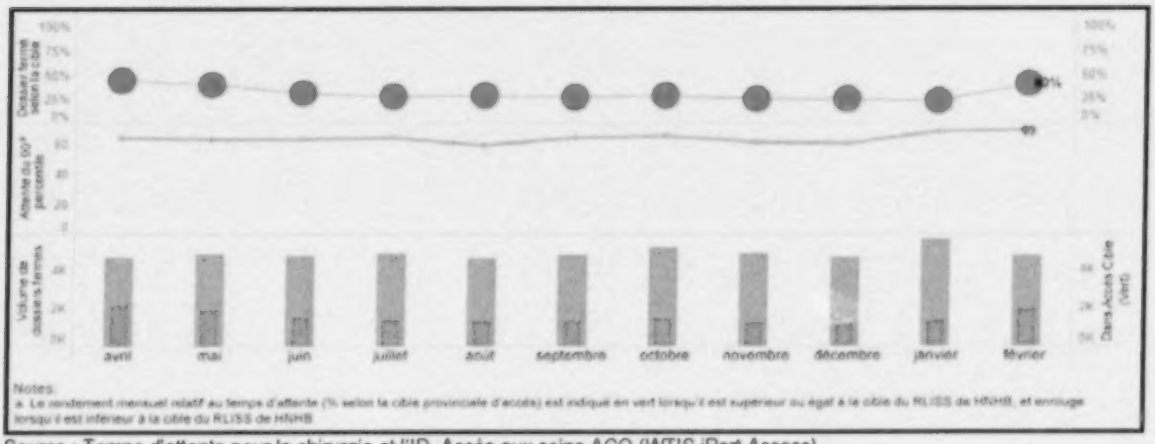
Le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton a été chargé de mettre en valeur l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes tout en normalisant la prestation des services cliniques et en procurant un leadership médical et administratif dans le secteur de l'ophtalmologie dans le RLISS.

On a créé un comité directeur régional de l'ophtalmologie composé de médecins et d'administrateurs des cinq hôpitaux qui dispensent actuellement des services d'ophtalmologie (le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, l'Hôpital Joseph Brant, le Système de santé de Niagara, le Brant Community Healthcare System et l'Hôpital général de Norfolk). Le comité relève du RLISS et cerne des stratégies axées sur une réduction des temps d'attente et l'uniformisation de la qualité des soins aux patients. On a élaboré un plan de services cliniques intégrés en ophtalmologie, prévoyant que la chirurgie de la cataracte sera une priorité clinique des travaux de l'exercice 2014-2015.

Imagerie diagnostique

En tout, 53 434 examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) pour des cas priorité 4 avaient été effectués dans le RLISS en date de février 2014 pour l'exercice 2013-2014, améliorant ainsi l'accès aux services diagnostiques et aux traitements.

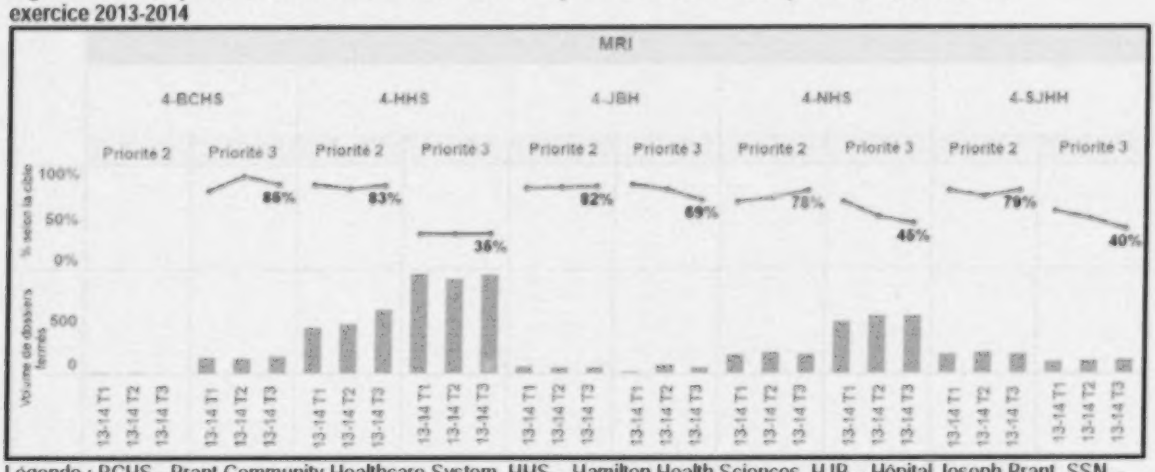
Figure 3 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : IRM (exercice 2013-2014)



Source : Temps d'attente pour la chirurgie et l'ID, Accès aux soins ACO (WTIS iPort Access).

Le MSSLD a alloué un financement « éclair » pour l'IRM cette année. Ce genre de financement vise à fournir des heures d'IRM additionnelles pour les cas priorité 4 (non urgents) ayant attendu au-delà du repère de 28 jours. On a alloué 2 000 heures additionnelles de services d'IRM en fonction des besoins des patients et du rendement des hôpitaux. En tout, 8 180 examens par IRM pour des cas priorité 2 et 3 (plus urgents) avaient été effectués au troisième trimestre de l'exercice 2013-2014.

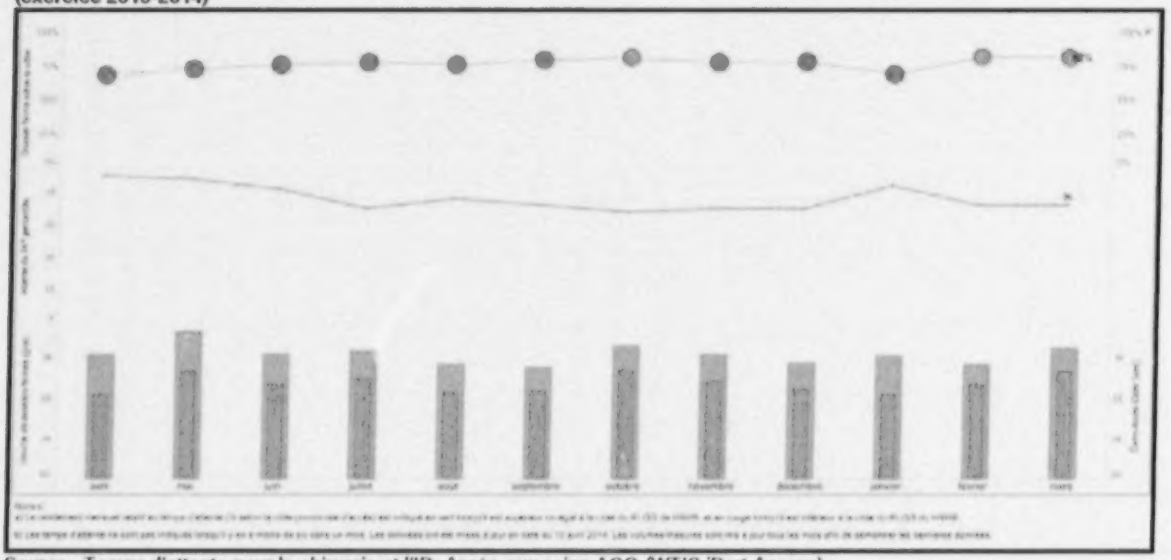
Figure 4 – Cas de priorités 2 ou 3 du RLISS de HNHB : temps d'attente et volumes pour l'IRM (T1, T2 et T3, exercice 2013-2014



Légende : BCHS - Brant Community Healthcare System, HHS – Hamilton Health Sciences, HJB – Hôpital Joseph Brant, SSN – Système de santé de Niagara, CSSSJH – Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton. Source : Temps d'attente pour la chirurgie et l'ID, Accès aux soins ACO (WTIS iPort Access).

On a mis sur pied un comité directeur régional de l'imagerie diagnostique composé de médecins et d'administrateurs du RLISS. Le comité directeur, qui relève du RLISS, cerne des stratégies axées sur une réduction des temps d'attente et l'uniformisation de la qualité des soins aux patients. En tout, 33 925 examens par tomodensitométrie avaient été effectués pour des cas priorité 4 en date de février 2014 pour l'exercice 2013-2014, améliorant ainsi l'accès à l'imagerie diagnostique pour faciliter le diagnostic des patients et la planification des traitements.

Figure 5 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : examens par tomodensitométrie (exercice 2013-2014)

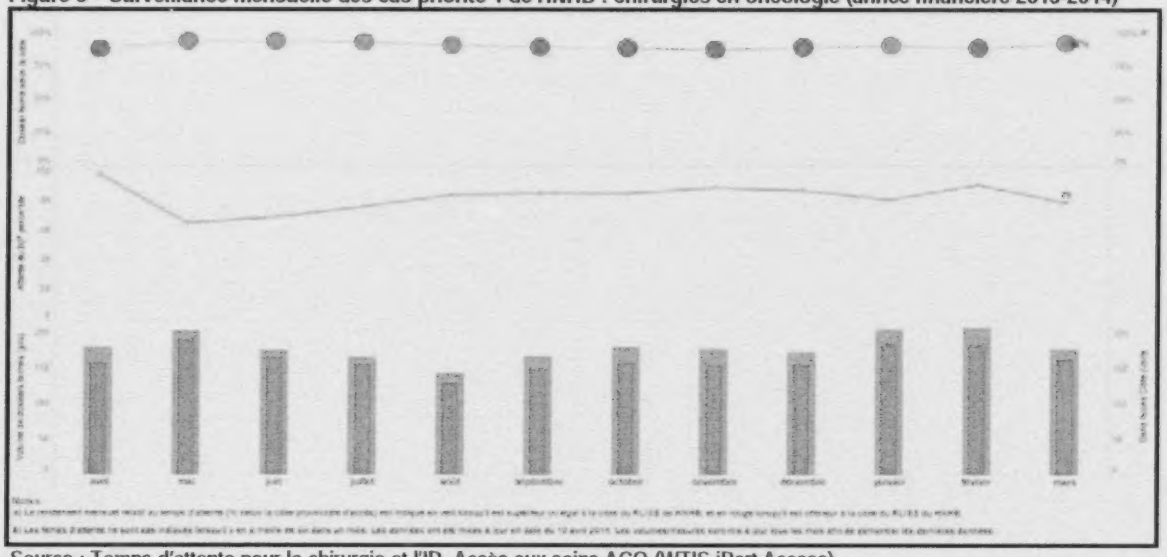


Source : Temps d'attente pour la chirurgie et l'ID, Accès aux soins ACO (WTIS iPort Access).

Chirurgie en oncologie

En tout, 1 974 chirurgies en oncologie avaient été pratiquées dans le RLISS en date de février 2014 pour l'exercice 2013-2014.

Figure 6 – Surveillance mensuelle des cas priorité 4 de HNHB : chirurgies en oncologie (année financière 2013-2014)



Source : Temps d'attente pour la chirurgie et l'ID, Accès aux soins ACO (WTIS iPort Access).

Travaillant de concert avec le programme régional de cancérologie de HNHB au Juravinski Cancer Centre, le RLISS a facilité la normalisation des services de cancérologie et l'accès à ces services et a effectué des examens réguliers des mesures de la qualité d'Action Cancer Ontario. La mise sur pied de centres satellites à Brantford et Burlington a permis d'offrir aux patients des options de traitement plus près de leur domicile. Également, l'ouverture du Walker Family Cancer Centre à l'emplacement de St. Catharines du Système de santé de Niagara le 24 mars 2013 a diminué les déplacements vers Hamilton pour les patients qui doivent subir une radiothérapie.

Services de laboratoire

Le Programme régional de médecine de laboratoire de Hamilton (PRMLH) est un des programmes de laboratoire les plus importants du Canada. Il sert six hôpitaux et effectue 10,6 millions d'analyses par année. L'Hôpital général de Hamilton, un site de Hamilton Health Sciences, abrite le département de microbiologie du PRMLH. Les analyses microbiologiques ont été transférées de l'Hôpital Joseph Brant au PRMLH et sont appuyées par une équipe de médecins microbiologistes, des médecins spécialistes des maladies infectieuses et un laboratoire qui mise sur la masse critique et les techniques d'automatisation, ce qui assure une approche uniforme à l'égard de la qualité des services d'analyse microbiologique. Le PRMLH a acheté et installé un Walk Away Specimen Processor (WASP) qui a normalisé et uniformisé le traitement, l'ensemencement et la coloration automatisés des spécimens.

Le réseau et le conseil des laboratoires du RLISS sont composés de dirigeants des hôpitaux de HNHB qui offrent des services de laboratoire. Son but est de continuer à travailler en collaboration pour intégrer le système régional de laboratoire afin d'uniformiser et de normaliser la qualité et les services dans les laboratoires des hôpitaux. Les directeurs médicaux des laboratoires du RLISS ont normalisé les valeurs critiques de laboratoire à l'échelle de la région. Les valeurs critiques de laboratoire sont définies comme étant des valeurs qui se situent à l'extérieur de la fourchette normale/saine à un niveau tel que la sécurité du patient est immédiatement menacée. Les valeurs critiques qui ont été normalisées ont été approuvées par le comité directeur médical de chaque hôpital.

Cardiologie – cathétérisme cardiaque diagnostique et intervention coronarienne percutanée

Un nouveau service intégré de cathétérisme cardiaque a ouvert ses portes en avril 2013 à l'emplacement de St. Catharines du Système de santé de Niagara (SSN). Ce programme est le fruit de plus de trois années de planification par les médecins et les administrateurs principaux du SSN et de Hamilton Health Sciences (HHS).

Durant la planification et l'approbation du projet de réaménagement du SSN, les progrès de la technologie et les changements à la pratique médicale ont amélioré la sécurité et l'efficacité de l'intervention coronarienne percutanée (ICP). Cette dernière est devenue une norme de soins et, lorsque cela est jugé approprié, elle est pratiquée au moment du cathétérisme cardiaque. Cette pratique constitue une attente pour de nombreux clients/patients acheminés pour subir un cathétérisme cardiaque diagnostique destiné à évaluer une maladie coronarienne.

Travaillant de concert, HHS et le SSN ont élaboré un programme intégré de cathétérisme cardiaque et d'ICP qui serait exploité par HHS dans le SSN comme programme unique à plusieurs emplacements. Cette approche a :

- amélioré l'expérience du patient;
- amélioré l'accès à des soins cardiaques interventionnistes de qualité pour les résidents de la région de Niagara;
- favorisé l'élaboration d'un programme de cardiologie solide dans la région de Niagara;
- optimisé les ressources humaines en santé ainsi que les ressources financières et en capital disponibles.

Caractéristiques clés du modèle de programme de cardiologie intégré :

- nomination d'un directeur médical pour le programme intégré;
- recrutement conjoint de cardiologues interventionnistes et accréditation commune. En vertu de ce modèle, un cardiologue interventionniste sera affecté principalement à l'emplacement du SSN et les cardiologues interventionnistes de HHS auront des privilèges doubles qui leur permettront de travailler aux deux emplacements, ce qui assurera la présence d'une main-d'œuvre interventionniste viable et stable;
- chef clinique partagé;
- processus d'acheminement et de triage centralisé;
- procédures d'acheminement et de traitement normalisées fournissant des soins fondés sur des données probantes;
- politiques, processus et protocoles communs;
- politiques cliniques, processus, critères d'admission et de congé communs;
- établissement et utilisation de systèmes de technologies de l'information perfectionnés;
- surveillance, signalement et évaluation de la qualité des soins communs et engagement à l'égard d'une surveillance conjointe des indicateurs de rendement en matière de qualité.

En date de février 2014, 1 119 cathétérismes cardiaques avaient été effectués à l'emplacement de St. Catharines du SSN. À compter d'avril 2014, les services d'ICP seront dispensés à ce même emplacement.

Commissaires du système de santé

Une priorité stratégique clé pour le RLISS de HNHB est d'assurer que les services sont accessibles, centrés sur le patient et offrent le plus grand rendement sur l'argent investi. Le RLISS maintient

192 ententes de responsabilisation en matière de services (ERS) avec les fournisseurs de services de santé et surveille le rendement fiscal et opérationnel. Il est également chargé de travailler avec les fournisseurs individuels sur des priorités systémiques clés, notamment les listes d'attente des services des urgences (SU), les autres niveaux de soins (ALS) et le déplacement des services des hôpitaux de soins actifs vers les soins à domicile et en milieu communautaire.

Pour encourager une plus grande attention sur la valeur, le RLISS a adopté la commission de meilleures pratiques en (une pratique exemplaire en gestion des services de santé reconnue à l'échelle internationale) et est devenu commissaire du système de santé. La commission est un processus complexe dont les responsabilités vont de l'évaluation des besoins de la population et de la priorisation des résultats pour la santé à la prestation de produits et services et au financement d'ensembles de services. En qualité de commissaires du système de santé, le personnel et le conseil du RLISS ont continué de prendre des décisions concernant le système de santé fondées sur les preuves et le rendement.

Sur la voie de l'adoption d'une stratégie de commission, le RLISS a continué de renforcer sa relation avec les fournisseurs de services de santé et a travaillé en partenariat pour assurer le respect de leurs obligations à l'échelle locale, utilisant notamment un cadre de gestion du rendement qui a répondu aux questions suivantes :

- Les fournisseurs de services de santé offrent-ils ce qu'ils sont censés offrir? (Efficacité)
- Les fournisseurs de services de santé dispensent-ils les services d'une façon aussi efficace que possible? (Efficience)
- Y a-t-il des choses que d'autres fournisseurs de services de santé peuvent faire mieux? (Qualité)

Le nombre de fournisseurs de services de santé dans le RLISS et leur complexité requièrent une priorisation fondée sur le risque de non-respect des obligations en matière de rendement. Le cadre de gestion des risques d'entreprise est une démarche stratégique utilisée pour assurer que les principaux risques sont cernés, mesurés, atténués et communiqués au RLISS. Un risque stratégique clé pour le RLISS consiste à assurer que les fournisseurs de services de santé dispensent d'excellents services d'une façon efficace et efficiente conformément à leurs ententes de responsabilisation.

La participation des fournisseurs est un élément stratégique clé de l'élargissement de la fonction de commission du RLISS. Ce dernier a élaboré et mis en œuvre un plan de participation qui s'aligne sur les échéanciers de négociation des ententes de responsabilisation en matière de services pour assurer que les questions de rendement importantes sont traitées lors de la négociation des ententes. Le plan de participation a énoncé des stratégies focalisant sur :

- la qualité des données financières et statistiques;
- la gouvernance – assurer une compréhension claire de la responsabilité fiduciaire du conseil d'administration à l'égard de la gestion des ERS;
- le rendement – les éléments organisationnels clés devant être en place pour offrir des services en tirant le meilleur parti des ressources;
- les communications – des messages clairs, cohérents concernant l'amélioration du rendement, les retombées du non-respect des obligations en vertu des ERS et les négociations relatives aux transferts et à l'arrêt du financement.

Réussites en matière de commission

En septembre 2013, le RLISS a alloué 29 347 400 $ aux fournisseurs communautaires par l'entremise d'un processus de proposition ciblant les populations prioritaires. Ce processus lui a permis d'accorder le

financement en fonction des besoins particuliers des patients et de relier les fonds aux propositions de grande qualité qui énonçaient des objectifs clairs et offraient un excellent rendement sur l'argent investi.

En 2013-2014, le RLISS a travaillé avec les hôpitaux à la distribution de 6 847 000 $ pour réduire les temps d'attente pour les chirurgies, notamment de la cataracte, et l'imagerie diagnostique comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Cela a mené à une diminution des temps d'attente et à un meilleur accès aux soins de santé pour les résidents locaux.

Le Conseil a approuvé une politique de responsabilisation en matière de rendement énonçant des principes qui guideront la gestion du rendement. Cette politique établit une relation claire entre le RLISS et les fournisseurs, définit le rôle de la gouvernance dans l'amélioration du rendement et cerne les étapes à suivre pour relever les défis sur le plan du rendement.

Le RLISS a renforcé les relations avec les fournisseurs de services de santé en tenant des réunions de planification et de responsabilisation avec les signataires des différentes ententes, notamment les hôpitaux, le Centre d'accès aux soins communautaires, les centres de santé communautaire, les foyers de soins de longue durée et autres organismes communautaires. La participation des fournisseurs de services de santé a porté sur la planification des soins aux patients, l'amélioration de la qualité et les mesures de rendement.

Le RLISS a élaboré et mis en œuvre une méthode de classement des risques afin d'identifier et d'atténuer proactivement les questions de rendement et les questions contractuelles. Le cadre repose sur une évaluation des risques touchant les obligations contractuelles, les indicateurs de rendement et les principaux indicateurs financiers. Ces renseignements informent le personnel et le Conseil du RLISS des risques, priorisent les interventions auprès des fournisseurs de services de santé en situation de non-respect et font en sorte que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles au coût le plus raisonnable.

Capacité des soins à domicile et des services communautaires

En juin 2013, le RLISS de HNHB a animé deux séances de participation communautaire sur l'investissement en soins à domicile et en services communautaires. L'objectif était de comprendre et de prioriser les pressions sur le système et de cerner des secteurs de nouveaux investissements aptes à contribuer à atténuer ces pressions. Ces deux séances ont attiré 91 représentants de 89 fournisseurs de services de santé. Les discussions de groupe avec animateur ont cerné les lacunes du système et émis de nombreuses idées. En outre, les fournisseurs de services de santé ont eu la possibilité de présenter des commentaires en soumettant des questions et des suggestions sur le site Web du RLISS dans les trois jours qui ont suivi les séances.

Les séances de participation et les commentaires reçus ont mené à l'élaboration de priorités d'investissement potentiel. Ces priorités, qui sont conformes à celles du RLISS et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ont été incluses dans les demandes de propositions du RLISS :
Objectifs généraux

- Améliorer la circulation des patients et diminuer directement le nombre de jours passés à l'hôpital en attente d'un autre niveau de soins.
- Réduire le nombre de personnes qui sont réadmises à l'hôpital ou se rendent au service des urgences dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital.

- Aider les partenaires des Maillons santé à dispenser des soins aux populations cibles/aux besoins importants.

Initiatives spécifiques

- Améliorer/accélérer la circulation au sein du système en mettant en œuvre des initiatives destinées à renforcer la capacité de services qui peuvent et doivent être accessibles dans la collectivité et en diminuant l'utilisation des services hospitaliers :
    - soins de transition
    - déplacements – intervention précoce
    - intervention en cas de crise dans la collectivité
    - gestion du sevrage, toxicomanie et troubles concomitants
    - améliorer l'accès dans la collectivité pour les personnes atteintes de troubles de mentaux et de toxicomanies
    - transitions de l'hôpital à la communauté
    - gestion de cas intensive
    - logements avec services de soutien
    - soins de relève
- Soutien pour les populations à risque élevé suivantes :
    - santé mentale et toxicomanie
    - lésion cérébrale acquise
    - déficiences intellectuelles
    - aînés à risque élevé
    - jeunes en transition

Le RLISS a invité les fournisseurs de services de santé à soumettre des propositions relatives aux secteurs prioritaires et aux objectifs généraux susmentionnés. L'examen des 115 propositions soumises a tenu compte des besoins de santé de la population, de la disponibilité des services dans le RLISS et des priorités de celui-ci et du gouvernement. Le Conseil a approuvé le processus d'examen et le cadre décisionnel et le personnel a présenté 30 propositions au Conseil pour approbation.

En 2013-2014, le RLISS a reçu 29 347 400 $ en nouveau financement de base pour les soins à domicile et les services communautaires dans sa région. Cet investissement a permis aux aînés et autres personnes de recevoir des soins à domicile, diminué le temps d'attente pour l'obtention de services de soutien à la personne pour les personnes atteintes de troubles médicaux complexes, réduit le temps passé à l'hôpital en attente d'un autre niveau de soins, aidé les partenaires des Maillons santé à dispenser des services aux populations cibles/aux besoins importants et diminué le nombre de personnes qui sont réadmises à l'hôpital ou se rendent au service des urgences dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital.

Cet investissement a appuyé des programmes nouveaux ou élargis dans le RLISS destinés aux aînés à risque élevé, aux personnes atteintes de troubles complexes ou nécessitant des services de santé mentale et de toxicomanie et a renforcé l'accès aux services d'aide à la vie autonome et aux lits de soins de transition.

Avancement des priorités du système de santé

Santé mentale et lutte contre la toxicomanie

Concordance stratégique avec les priorités provinciales

Les réussites de la dernière année reflètent la mise en œuvre des principes directeurs pour la prestation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances énoncés dans la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances « Esprit ouvert, esprit sain : transformer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario » :

- respect et compréhension
- développement sain, espoir et rétablissement
- services autogérés
- diversité, équité et justice sociale
- excellence et innovation
- responsabilité

Santé mentale dans le RLISS de HNHB :

- Entre 10 et 20 % des résidents auront un problème de toxicomanie durant leur vie.
- 70 % des gens atteints de troubles mentaux sont diagnostiqués avant l'âge de 18 ans.
- 98 000 enfants et adolescents n'obtiennent pas les services de santé mentale dont ils ont besoin.

Accès amélioré aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

En 2013-2014, 2,1 millions de dollars en fonds d'investissement communautaire ont été octroyés à des programmes et initiatives qui appuient la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les projets et services financés démontrent l'engagement du RLISS envers la prévention, le dépistage et l'évaluation, les déplacements, le traitement, la gestion de cas, le soutien aux familles, le soutien par les pairs et les initiatives de perfectionnement de la main-d'œuvre. Ce financement appuiera ce qui suit :

- interventions en prévention pour les personnes ayant une dépendance aux opiacés
- gestion de cas intensive dans les secteurs de la santé mentale, de la toxicomanie et des troubles concomitants
- intervenants pivots pour faciliter les transitions de l'hôpital à la collectivité
- conseillers en santé mentale pour les jeunes autochtones
- dépistage et évaluation en gestion du sevrage pour les jeunes
- établissement d'un programme de gestion du sevrage résidentiel et communautaire dans le comté de Brant et d'un modèle de prestation de services intégrés et normalisés dans l'ensemble du RLISS
- élargissement des programmes d'intervention précoce
- élargissement du soutien en situation de crise pour la santé mentale
- accès centralisé pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances
- formation régionale en TCD pour la santé mentale
- formation régionale en premiers soins pour la santé mentale

Renforcer la capacité pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux et de toxicomanie au moyen de la collaboration et de l'intégration régionales

Un groupe consultatif régional sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances, dirigé par le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, créé pour mettre en œuvre la prestation intégrée des services a établi les priorités suivantes :

Meilleure collaboration médicale

- Un groupe régional de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances composé de médecins a été établi pour améliorer la collaboration entre les soins primaires et la psychiatrie.

Rendement accru du système

- On a continué de surveiller les indicateurs de rendement pour définir des stratégies axées sur l'atteinte des objectifs du RLISS en ce qui a trait aux visites à l'urgence répétées pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Ciblage des populations prioritaires

- On a élaboré un modèle pour le projet de capacité régionale pour les troubles concomitants.
- On a élaboré un modèle de programme régional d'intervention précoce.

Collaboration et intégration accrues

- On a élaboré un modèle pour le projet de capacité régionale pour les troubles concomitants.
- On a élaboré un modèle de programme régional d'intervention précoce.
- Des projets de démonstration du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances seront mis en œuvre au niveau de la zone.

L'ouverture en février 2014 du nouveau campus West 5th du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et de l'emplacement de St. Catharines du SSN en mars 2013 a permis au RLISS d'élargir considérablement la capacité en soins psychiatriques pour malades hospitalisés. Il y a une capacité additionnelle au Brant Community Healthcare System et à l'Hôpital Joseph Brant.

Une personne sur cinq dans le RLISS de HNHB sera affectée par un trouble mental pendant sa vie; cela représente 280 000 personnes (Source : Santé Canada, Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002). Environ 42 000 personnes, soit 3 % de la population du RLISS, ont une dépendance à l'alcool et aux drogues dans une année donnée (Source : « Prevalence of Co-occurring Substance Use and other Mental Disorders in the Canadian Population », Revue canadienne de psychiatrie, décembre 2008). Les investissements de l'année dernière visent à améliorer la vie de ces personnes et de leurs familles.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Les progrès de la médecine au cours des dernières décennies, particulièrement dans le diagnostic et la gestion des maladies infectieuses et des maladies aiguës, ont entraîné une amélioration marquée de l'espérance de vie. Mais, bien que les Ontariens et Ontariennes vivent plus longtemps et en meilleure santé que jamais, la grande majorité des adultes âgés ont au moins une maladie chronique (Source : Sinha (2012). Vivre bien et plus longtemps : Recommandations visant à contribuer à la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées).

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 16,7 % des résidents du RLISS de HNHB ont plus d'une maladie chronique diagnostiquée, notamment insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique et diabète. Ce nombre enregistre une croissance soutenue à cause du vieillissement de la population du RLISS.

Les personnes atteintes de maladies chroniques utilisent souvent le système de santé, que ce soit dans les hôpitaux, les cliniques sans rendez-vous ou les cabinets des médecins de famille. Par conséquent, le RLISS élabore des programmes pour aider les gens à gérer leurs maladies chroniques à domicile.

Diabète

En 2013-2014, le RLISS a assumé le financement et la responsabilité de neuf programmes d'éducation du diabète (PED) transférés du MSSLD. En outre, il a collaboré avec les fournisseurs de services de santé de sa région, y compris avec les soins primaires, pour améliorer la coordination, la normalisation des procédures/pratiques et maximiser l'utilisation à l'appui d'un système plus intégré, centré sur le patient qui est accessible, équitable et efficace et optimise les ressources pour les Ontariens.

Diabète dans le RLISS de HNHB :

- En date du 31 mars 2014, le RLISS de HNHB comptait 121 559 personnes diabétiques.
- Ce nombre représente 10,44 % de la population du RLISS et classe celui-ci troisième parmi les RLISS.

Durant l'année qui vient de s'écouler, le RLISS a travaillé de concert avec les fournisseurs de services de santé pour élaborer et mettre en œuvre plusieurs initiatives visant à améliorer la coordination et la prestation des programmes d'éducation du diabète. Un élément clé pour l'atteinte de ces objectifs a été l'élargissement du groupe des meneurs dans le domaine du diabète pour inclure des représentants de tous les programmes d'éducation du diabète (financés par le MSSLD et le RLISS). Un plan d'action pour le diabète élaboré en collaboration avec ce groupe guidera les activités en 2013-2014. Les activités suivantes étaient terminées au 31 décembre 2013 :

- amélioration de l'accès aux services spécialisés et aux programmes d'éducation grâce au Réseau Télémédecine Ontario, la priorité étant accordée à la téléophtamologie et à la formation en 2013-2014;
- normalisation des rapports et objectifs pour les temps d'attente;
- achèvement de sondages sur la satisfaction des patients et de vérifications de la qualité relativement aux programmes d'éducation en matière de diabète;
- élaboration de projets d'amélioration de la qualité reposant sur les sondages sur la satisfaction et les vérifications de la qualité;
- repérage d'éventuels secteurs de sous-utilisation ou de recoupement des services;
- élaboration de la page Web sur le diabète du site Web du RLISS pour fournir plus de renseignements sur l'emplacement des programmes d'éducation en matière du diabète et les services qui y sont offerts.

Le RLISS a également formulé un plan d'action qui contribuera à des améliorations systémiques aux services pour les diabétiques, notamment accès coordonné, meilleure utilisation et qualité des résultats.

L'accès aux services spécialisés comme les soins des pieds importe pour le bien-être des personnes diabétiques. Le programme Feet First du RLISS offre des évaluations et des traitements de suivi par un podologue autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée aux personnes âgées diabétiques vivant dans la collectivité. Des séances éducatives de groupe et individuelles visant à promouvoir une meilleure autogestion des soins des pieds sont également fournies conformément au document « Best Practice Guidelines for Diabetic Footcare » (Source : International Working Group on the Diabetic Foot, 2007. Best Practice Guidelines for Diabetic Footcare). Ce document souligne l'importance des mesures préventives pour diminuer l'incidence des complications, y compris des ulcères de jambe et des amputations.

En 2013-2014, on a élargi le programme Feet First pour offrir des services dans l'ensemble du RLISS. Le programme a servi environ 3 500 personnes (dont plus de 2 500 étaient classées « à risque élevé »). Collectivement, ces patients ont consulté un spécialiste des soins des pieds près de 11 500 fois (Source : données du programme Feet First extraites le 15 mars 2014).

Maladie pulmonaire obstructive chronique

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) menant à de fréquentes visites au service des urgences, hospitalisations et réadmissions à l'hôpital a été identifiée comme étant un des troubles médicaux les plus souvent associés à des hospitalisations en soins actifs dans un examen de la cohorte de grands utilisateurs du RLISS pour les Maillons santé. Dans le cadre de l'étude sur les investissements communautaires de 2013, le RLISS a reçu une proposition concernant l'établissement d'un programme de gestion intégrée des soins à Hamilton pour les personnes atteintes de la MPOC.

Soigner ma MPOC

Mise en œuvre par zone du RLISS

- Hamilton – février 2014
- Brantford – avril 2014
- Niagara – mai 2014

En examinant la proposition axée sur Hamilton, le RLISS a cerné la possibilité d'élaborer un modèle intégré de soins fondé sur les meilleures pratiques intégrant d'autres initiatives en matière de la MPOC. La stratégie proposée appuierait les Maillons santé et les programmes cliniques intégrés régionaux en renforçant la gestion de cas et en renseignant les patients sur l'autogestion après leur sortie de l'hôpital.

Pour élaborer le modèle de services cliniques en milieu communautaire, le RLISS a eu recours à l'expertise de pneumologues et de médecins de soins primaires des Maillons santé des trois zones (Hamilton-Burlington, Brant-Haldimand-Norfolk et Niagara). Après avoir établi les principaux éléments du programme Caring for MY COPD, on a organisé des séances de participation avec les fournisseurs de services de santé et autres intervenants dans chacune des trois zones pour déterminer les ressources actuelles pour la MPOC et les principaux emplacements du programme.

On a également organisé des séances de participation pour les patients dans chacune des trois zones pour associer ceux-ci et leurs familles à la conception du modèle de soins. Ces séances ont comporté des entrevues avec les patients et les membres des familles pour mieux comprendre l'expérience des patients. On a également effectué des exercices cartographiques de groupe avec les patients pour mieux comprendre le parcours du patient à l'hôpital et en milieu communautaire.

Le programme Caring for MY COPD a commencé à accepter des patients à Hamilton en février 2014. Il a été mis en œuvre à Brantford en avril et à Niagara en mai 2014. Il offre un ensemble de services qui aident l'équipe soignante et les personnes atteintes de MPOC à augmenter la stabilité médicale de celles-ci et à gérer la MPOC à domicile et dans la collectivité. Le stade intensif du programme, qui dure entre huit et dix semaines, est destiné aux patients atteints d'une MPOC légère à modérée et inclut des séances éducatives, de l'exercice, des évaluations, des soins de santé mentale, des soins axés sur le mieux-être, un soutien par les pairs et des soins spirituels. Il est suivi d'appels téléphoniques mensuels pendant un an. Ces éléments sont combinés avec une gestion de cas par un éducateur certifié dans le domaine respiratoire qui travaille en collaboration avec le fournisseur de soins primaires pour réduire les hospitalisations et les visites à l'urgence. Pour en savoir davantage sur le programme Caring for MY COPD, parcourir www.hnhblhin.on.ca.

Accident vasculaire cérébral

Le rapport de l'Ontario Stroke Network (OSN) de 2012 a cerné plusieurs façons d'améliorer les soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) dans le RLISS et il a incité celui-ci à collaborer avec les fournisseurs de services de santé pour élaborer des stratégies régionales visant à améliorer les soins dans ce domaine. En particulier, on a relevé des possibilités d'intégrer les soins de l'AVC dans les trois zones du RLISS (Hamilton-Burlington, Niagara et Brant-Haldimand-Norfolk).

Les soins actifs et de réadaptation sont actuellement intégrés à Hamilton Health Sciences et l'on envisage maintenant d'augmenter les collaborations pour intégrer les services de traitement de l'AVC encore davantage à Hamilton. Le RLISS a également commencé à mobiliser de hauts dirigeants de la région de Niagara pour cerner des occasions d'intégrer les services de soins de l'AVC.

Le changement le plus notoire dans le secteur des soins de l'AVC en 2013-2014 est survenu dans la zone Brant-Haldimand-Norfolk. En effet, le RLISS, Brant Community Healthcare System, l'Hôpital général de Norfolk et le Central South Regional Stroke Network (CSRSN) ont collaboré à l'élaboration d'un modèle intégré de soins de l'AVC au Brant Community Healthcare System. Ce modèle inclut une unité intégrée pour le traitement de l'AVC et la formulation d'un modèle de réadaptation communautaire après un AVC. On a démontré que les victimes d'AVC qui reçoivent leurs soins actifs et de réadaptation dans une unité neurovasculaire désignée dotée d'une équipe de professionnels sont plus aptes à vivre indépendamment dans leur propre domicile un an après leur AVC, peu importe l'âge, le sexe ou la gravité de l'AVC (Source : Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organized Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, numéro 4).

Les résultats initiaux révèlent un accès amélioré aux soins fondés sur des données probantes pour les victimes d'AVC, comme l'illustre le tableau 1.

Tableau 1 : Données de l'unité neurovasculaire intégrée

Résultat	Résultats de l'emplacement BCHS 2012-2013 (avril 2012 – mars 2013)	Résultats de l'unité neurovasculaire intégrée de BCHS (juillet – sept. 2013)	Amélioration nette
Pourcentage de patients victimes d'un AVC/accident ischémique transitoire traités dans une unité neurovasculaire n'importe quand durant leur hospitalisation	0,0 %	91,4 %	Augmentation de 91,4 %
Pourcentage de patients admis au service de réadaptation pour malades hospitalisés après un AVC grave	51,7 %	56,7 %	Augmentation de 5,0 %
Pourcentage de journées d'ANS par rapport à la durée du séjour en soins actifs	28,6 %	11,2 %	Diminution de 17,4 %

Sources : Brant Community Healthcare System (BCHS) Site Specific Report Card Year End 2012-13. Brant Community Healthcare System Site Specific Report Card Q2 2013-14.

L'intégration des services de traitement de l'AVC au Brant Community Healthcare System a considérablement amélioré l'accès aux soins fondés sur des données probantes de l'unité neurovasculaire, notamment aux services de soins actifs et de réadaptation. Les soins dispensés à l'unité neurovasculaire diminuent les probabilités de décès et d'invalidité chez les hommes et les femmes de tous âges, peu importe la gravité de l'AVC, dans une proportion pouvant aller jusqu'à 30 % (Source : Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organized Inpatient Stroke Unit) Care for Stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, numéro 4). Dans les unités neurovasculaires, le taux de complications est moindre, les pneumonies sont détectées plus tôt et la mobilisation est plus précoce. Les soins intégrés de l'AVC dans le RLISS est conforme aux priorités stratégiques de l'Ontario Stroke Network, à savoir moins d'AVC et de meilleurs résultats.

Les consultations avec les survivants d'un AVC, les soignants et les fournisseurs de services ont révélé un manque de coordination des services et de suivi après la sortie d'une unité de soins actifs et de réadaptation pour malades hospitalisés ainsi que des enjeux liés à l'identification des services communautaires et à l'accès à ces services (Sources : Anderson, S et Egan M. (2010). Models of Care Coordination Report, Ontario Stroke Network. Kelloway, L. (8 février 2012), Briefing Note to Genevieve Obarski, Change Foundation, Ontario Stroke Network. MacRae, L. et Gould L. (novembre 2011), Preliminary Report: Stroke Care in the Central South Region, Central South Regional Stroke Network). Pour régler ces enjeux, on a élaboré un modèle de services communautaires de réadaptation pour répondre aux besoins des victimes d'un AVC après leur sortie de l'hôpital. En décembre 2013, un projet pilote sur le modèle de services communautaires à domicile a été lancé dans la zone Brant-Haldimand-Norfolk. En date de mars 2014, onze résidents de cette zone qui doivent faire un trajet de plus de 30 minutes pour participer à un programme de réadaptation pour malades hospitalisés ou ne tolèrent pas le voyagement avaient eu accès à des services communautaires de réadaptation dans leur propre domicile.

Soins palliatifs

En 2011, le MSSLD a publié un document intitulé : Améliorer la qualité et la valeur des soins palliatifs en Ontario : Déclaration de partenariat et d'engagement à l'action. Ce document a servi à alimenter le changement et sert de cadre pour la mobilisation d'un vaste éventail d'intervenants.

En 2013-2014, les RLISS de l'Ontario se sont engagés à considérer les soins palliatifs comme une priorité pour le renouvellement du système. La Déclaration de partenariat a servi de fondement à une consultation régionale plus vaste et à des discussions de planification. Bien que l'état de préparation à des démarches en soins palliatifs varie entre les RLISS, tous ont convenu de mettre en place un programme régional ou une structure de réseau d'ici à mars 2015 (Source : LHIN Project Charter: LHINs' Leads and Provincial End of Life Network Meetings, 19 mars 2013).

À l'appui de ces priorités, le RLISS continue de travailler étroitement avec le réseau de soins palliatifs de HNHB. Quatre séances de cartographie de la chaîne de valeur ont été organisées pour recueillir des commentaires sur un modèle régional provisoire de programme de soins palliatifs. Plus de 150 personnes, aussi bien des membres de la haute direction que du personnel de première ligne, ont participé à ce travail.

Après avoir élaboré le modèle, le RLISS a organisé des séances de breffage additionnelles pour plus de 25 fournisseurs de services de santé, conseils d'administration, réseaux de planification de HNHB, équipes de santé familiale et autres intervenants. Plus de 200 personnes ont participé à ces consultations et les commentaires ont également été sollicités au moyen d'un sondage électronique.

Pour accélérer le développement d'un programme régional de soins palliatifs, le RLISS a décidé de mettre sur pied un conseil régional des soins palliatifs. Le conseil conseillera le RLISS et sera redevable à sa directrice générale. Il recommandera des mesures et des activités visant à renforcer et à élaborer un programme de soins palliatifs régional intégré conçu en fonction de l'expérience des patients et des familles et reposant sur des soins primaires engagés et positifs. Le recrutement des membres du conseil a débuté en avril 2014.

Une autre réussite en 2013-2014 a été l'inclusion de la trousse d'outils et du module d'apprentissage électronique sur la planification préalable des soins et le consentement aux soins de santé dans l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée à titre d'obligation pour les directeurs des soins, les administrateurs et autre personnel clé.

Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement

Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a continué en 2013-2014 d'améliorer les soins et la circulation au sein du système pour les particuliers/soignants à risque de comportements réactifs. Le remaniement et l'intégration des services actuels pour bâtir un système propre à chaque patient constituent le concept de base du projet. Ce changement radical est rendu possible par une collaboration entre les fournisseurs de services de santé. Toutes les activités du RLISS liées au projet sont propulsées par l'énoncé de valeur suivant qui représente la voix de la personne ayant des comportements réactifs :

« Je suis qui je suis, donc aidez-moi à continuer de l'être. »

En 2012-2013, le RLISS s'est concentré sur la viabilité continue de quatre modèles de services cernés dans le plan d'action sur le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement qui a été mis en œuvre en 2013-2014. Le RLISS a exploré des possibilités de collaboration et d'innovation tout en encourageant de petits changements grâce à l'amélioration de la qualité.

Ces modèles sont les suivants :

- **Ligne d'accès pour le Projet OSTC** – un point d'information et d'acheminement centralisé (clients/soignants/fournisseurs de services de santé) fournissant des acheminements actifs, rapprochant les services des clients. Le CASC de HNHB exploite la Ligne d'accès.
- **Équipe mobile communautaire de soutien en cas de troubles du comportement** – cinq équipes situées dans la région du RLISS au sein d'équipes d'intervention en cas de crise existantes fournissent un soutien « juste à temps » (crise) aux personnes manifestant des comportements réactifs ou risquant de le faire et les mettent en rapport avec un soutien à plus long terme.

> **« J'apprécie tout ce que vous avez fait pour moi. Personne ne m'avait tant aidé auparavant. »**
> Client de l'équipe mobile communautaire de soutien en cas de troubles du comportement

- **Modèle de service axé sur un responsable communautaire intégré (RCI)** – un organisme communautaire est le point de contact unique pour les clients nécessitant un soutien en cas de troubles du comportement. Ce modèle est adopté par les fournisseurs de services de santé financés par le RLISS qui dispensent des soins au titre de ce projet.
- **Équipe mobile de soutien en cas de troubles du comportement en SLD** – cinq équipes ont été mises en œuvre dans le RLISS, servant les 86 FSLD du RLISS.

Principales réussites de l'année dernière :

- Le soutien offert aux clients et à leurs soignants durant les transitions par l'équipe mobile communautaire de soutien en cas de troubles du comportement a augmenté grâce aux nouvelles procédures mises en œuvre (c.-à-d. nouveau formulaire d'acheminement pour les transitions), passant de 99 clients pour l'exercice précédent à 448 l'an dernier.
- Les comités du comportement réactif dans les foyers de soins de longue durée sont passés à 43 grâce au soutien du Projet OSTC (ils étaient cinq environ avant ce projet). Le personnel du projet participe aux réunions pour collaborer à l'élaboration de plans de soins destinés à traiter et à diminuer les comportements réactifs.
- La participation continue des intervenants du secteur des soins de longue durée a fourni l'occasion d'apporter des changements qui améliorent les communications avec les directeurs des soins concernant la participation au Projet OSTC.
- L'équipe des FSLD du Projet OSTC de Hamilton s'est associée au programme de stage en gériatrie de McMaster pour partager le savoir, observer et renforcer la capacité, ce qui mènera à des partenariats annuels.
- 41 organismes communautaires financés par le RLISS, à titre d'organismes responsables, continuent de renforcer la capacité dans le cadre des rôles actuels pour enchâsser les fonctions du modèle de service axé sur les intervenants communautaires intégrés du Projet OSTC.
- L'utilisation de données pour identifier une lacune au sein des intervenants communautaires intégrés dans trois régions a mené à l'obtention d'un financement pour définir de nouveaux rôles (gestionnaires de cas graves).
- On a renforcé la capacité dans les services des urgences de la région de Niagara en ce qui a trait aux ressources communautaires ou aux sources d'acheminement pour les clients atteints de démence.
- 25 tests de changement (cycles planifier-exécuter-étudier-agir) et 16 nouveaux outils qui contribuent à améliorer la qualité des procédures ou du soutien aux clients du Projet OSTC.
- En moyenne, plus de 55 % des clients ne recevaient pas de services avant d'appeler la Ligne d'accès pour le Projet OSTC. Grâce au personnel chargé des renseignements et des acheminements du CASC de HNHB, ces clients ont été acheminés à des services de soutien.
- En date du 31 mars 2014 :
    - La Ligne d'accès pour le Projet OSTC a servi 552 personnes.
    - Équipe mobile communautaire de soutien en cas de troubles du comportement a servi 815 clients, les acheminant à un soutien à plus long terme au besoin.
    - 41 organismes financés par le RLISS agissaient comme intervenants communautaires intégrés pour les clients du Projet OSTC à l'échelle du RLISS.
    - 18 707 services personnalisés ont été dispensés aux pensionnaires de foyers de soins de longue durée entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2014 (Source : données déclarées du programme, 31 mars 2014).
- 1 379 acheminements ont été effectués à l'équipe modèle de soutien en cas de troubles du comportement en SLD entre octobre et décembre 2013.
- 1 348 clients ont reçu de l'aide pour circuler au sein du système par le truchement du processus d'acheminement centralisé et de l'intervenant mobile de crise qui met les clients en rapport avec les services.

Cybersanté

Le Bureau de cybersanté du RLISS de HNHB joue un rôle important dans l'utilisation de la technologie et de l'innovation pour améliorer les soins aux patients, la sécurité et l'accès pour les patients à l'appui de la stratégie de cybersanté du gouvernement. À l'échelle provinciale, cyberSanté Ontario a modifié la stratégie ontarienne de dossier de santé électronique intégré (DSEi), abandonnant un modèle centralisé pour un modèle axé sur des carrefours régionaux.

Le bureau de cybersanté du RLISS de HNHB gère l'avancement des initiatives et priorités régionales en matière de cybersanté. Le bureau et Hamilton Health Sciences sont des chefs de file dans l'avancement de systèmes et de solutions de cybersanté qui améliorent la prestation des soins de santé, les soins aux patients et la sécurité. Le bureau de cybersanté du RLISS travaille également en partenariat avec les RLISS, les fournisseurs de services de santé, le Centre d'accès aux soins communautaires de HNHB, cyberSanté Ontario, Connecting South West Ontario (cSWO), les Maillons santé et autres partenaires pour élargir et utiliser les atouts de la cybersanté comme ClinicalConnect, Integrated Decision Support et les atouts et systèmes provinciaux comme le Système d'information de laboratoire de l'Ontario, le système d'aiguillage vers des ressources appropriées, le Dossier d'évaluation médicale intégré, le registre des clients et des fournisseurs, le Programme de médicaments de l'Ontario et les nouveaux modes de coordination des soins, les Maillons santé.

Le bureau de cybersanté du RLISS offre des services de gestion, notamment la planification stratégique régionale de la cybersanté, la participation des intervenants, la communication, la gestion de l'adoption, de la transformation et du changement, la préparation et la négociation de propositions, la gestion des programmes et de la mise en œuvre et la planification des améliorations. Le bureau et Hamilton Health Sciences sont des fournisseurs de solutions dans le contexte de cSWO et le bureau est également un partenaire de cSWO pour l'adoption de la cybersanté et la gestion du changement. cSWO est bien placé pour fournir un DSEi de première génération (ClinicalConnect) pour environ quatre millions de résidents du sud-ouest de l'Ontario, lequel couvrira une partie importante du continuum de soins.

Integrated Decision Support Warehouse

Le système Integrated Decision Support (IDS) intègre l'information à l'appui des décisions et la fournit aux fournisseurs de services de santé du RLISS et, récemment, des RLISS du Centre-Toronto et du Sud-Ouest. Les hôpitaux, les CASC et d'autres fournisseurs de services de santé contribuent des données et utilisent l'entrepôt de données IDS et la solution décisionnelle du RLISS de HNHB. Cette solution aide les participants à prendre des décisions éclairées, fondées sur des preuves et opérationnelles pour les résidents de leur région. Elle nous aidera à comprendre les déplacements des patients entre les divers fournisseurs de services de santé et permettra aux Maillons santé d'identifier les patients classés parmi les 1 à 5 % de grands utilisateurs de notre système de santé.

ClinicalConnect[MD]

ClinicalConnect, un portail électronique sécurisé, permet aux médecins autorisés et aux fournisseurs de services de santé participant au cercle de soins d'un patient de consulter les dossiers des patients stockés électroniquement en temps réel, à n'importe où et n'importe quand. ClinicalConnect est un cadre d'intégration qui facilite la consultation et le partage des renseignements sur la santé à l'échelle régionale dans le continuum de soins y compris des sources de données provinciales à mesure qu'elles sont disponibles.

Aujourd'hui, ClinicalConnect fournit un dossier de santé électronique virtuel aux RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington (WW), représentant plus de deux millions de patients. Il relie 28 hôpitaux situés dans

les deux RLISS. Il inclut également les notes sur les soins pour le cancer du Juravinski Cancer Centre à Hamilton, du Walker Family Cancer Centre à St. Catharines, du centre de cancérologie de l'Hôpital Joseph Brant à Burlington et du centre de cancérologie Grand Rover à Kitchener, ainsi que des renseignements provenant des CASC de HNHB et de WW. Dans le RLISS de HNHB, plus de 7 000 fournisseurs de services de santé peuvent avoir accès à plus de 14 millions de rapports d'analyse de laboratoire par trimestre et partager des renseignements sur les patients d'une manière expéditive. L'accès plus rapide aux renseignements sur les patients signifie que les fournisseurs peuvent dispenser les soins appropriés (englobant l'ensemble des affections et des facteurs associés aux antécédents du patient) plus rapidement. Le portail prévient également le recoupement des aiguillages et des analyses en favorisant une communication plus immédiate entre les membres de l'équipe soignante du patient.

Projet de dépôt d'imagerie diagnostique régional

À l'heure actuelle, ClinicalConnect comprend les rapports d'imagerie diagnostique ou de radiologie et, lorsqu'ils ont été effectués à Hamilton Health Sciences, l'image est consultable à partir d'un visualiseur d'images articulé sur le Web. Les images réalisées à d'autres hôpitaux régionaux seront consultables lorsque l'intégration du dépôt d'imagerie diagnostique (DI-r) et de ClinicalConnect sera terminée au printemps 2014. Le DI-r est une initiative provinciale selon laquelle les hôpitaux versent des images diagnostiques dans une base régionale de données. Ainsi, les hôpitaux du sud-ouest de l'Ontario contribuent des images à un dépôt géré en leur nom par SWODIN, ou South West Ontario Imaging Network, situé à London, en Ontario. Le DI-r fournit aux fournisseurs de soins de santé d'importants renseignements pour prendre les meilleures décisions concernant le traitement des patients et diminuent le besoin pour les patients de se déplacer pour consulter un spécialiste. Ce programme améliore les soins aux patients, la sécurité et l'accès en mettant en place une infrastructure technique stable qui garantit que les fournisseurs de services de santé ont accès aux systèmes de renseignements essentiels sur l'activité clinique lorsqu'ils en ont besoin.

Notifications électroniques

Les notifications électroniques informent presque immédiatement les médecins communautaires et le CASC de HNHB lorsqu'un de leurs patients s'est rendu à l'hôpital (service des urgences, unité pour malades hospitalisés et consultation externe). Elles sont envoyées électroniquement par le truchement de ClinicalConnect. Les patients bénéficient du système, car leur équipe soignante est informée de leur visite à l'hôpital plus rapidement et peut modifier leur plan de soins au besoin. Leur médecin étant informé plus tôt, le partage de renseignements exacts sur le patient est plus rapide et celui-ci reçoit le traitement approprié. Auparavant, les notifications au cabinet du médecin étaient faites par téléphone le lendemain matin ou le surlendemain si les visites avaient lieu en fin de semaine.

Circulation des patients

La circulation des patients (CP) focalise le mouvement des particuliers au sein du système de santé (continuum), de la collectivité aux soins actifs en milieu hospitalier, des soins actifs aux soins postactifs ou au domicile. Il peut y avoir des périodes d'attente au sein du continuum. Cela se produit lorsque les patients hospitalisés font face à de longs temps d'attente ou lorsqu'un grand nombre de patients hospitalisés attendent d'être admis à un milieu de soins postactifs.

Perspective individuelle	Perspective systémique
• Le rétablissement peut être retardé et, dans le cas des aînés, une régression physique et	• Les hôpitaux ont des problèmes lorsque des personnes doivent être admises à cause d'une

mentale peut se produire pendant qu'ils attendent d'être admis au milieu de soins postactifs approprié. • Les séjours à l'hôpital inutilement longs exposent les patients à un risque plus élevé de complications nosocomiales.	maladie aiguë ou d'une chirurgie planifiée et qu'un nombre élevé de patients hospitalisés ne nécessitant plus de soins actifs attend d'autres niveaux de soins. Il peut s'ensuivre l'annulation d'interventions non urgentes, de longs temps d'attente au service des urgences (SU) ou des retards à l'obtention des services requis.

Une des mesures utilisées par le RLISS pour calculer le nombre de jours qu'une personne passe à l'hôpital en attente d'un autre niveau de soins est le taux d'ANS en soins actifs. Un taux faible signifie que les gens passent moins de temps en attente de soins postactifs dans un hôpital de soins actifs. Le type de soins postactifs attendus dépend de leurs besoins de soins immédiats et à long terme et peut être l'un des suivants : soins postactifs de rétablissement/convalescence, soins complexes, services de réadaptation, services de soutien communautaire à domicile, services de santé mentale, services d'aide à domicile ou de logement avec services de soutien et soins de longue durée dans un foyer.

Le RLISS surveille le nombre de jours qu'une personne attend à l'hôpital d'être admise à un milieu offrant d'autres niveaux de soins de deux façons :

- Le nombre total de jours qu'un patient a passés à l'hôpital en attendant d'autres niveaux de soins avant d'obtenir son congé. Ce sont des cas clos.
- Le nombre de jours que les patients encore hospitalisés passent à attendre un milieu offrant d'autres niveaux de soins. Ce sont des cas ouverts.

La circulation des patients a été un domaine prioritaire pour le RLISS en 2013-2014 à cause de certaines pressions systémiques qui ont influencé la circulation des patients et le taux d'ANS, notamment :

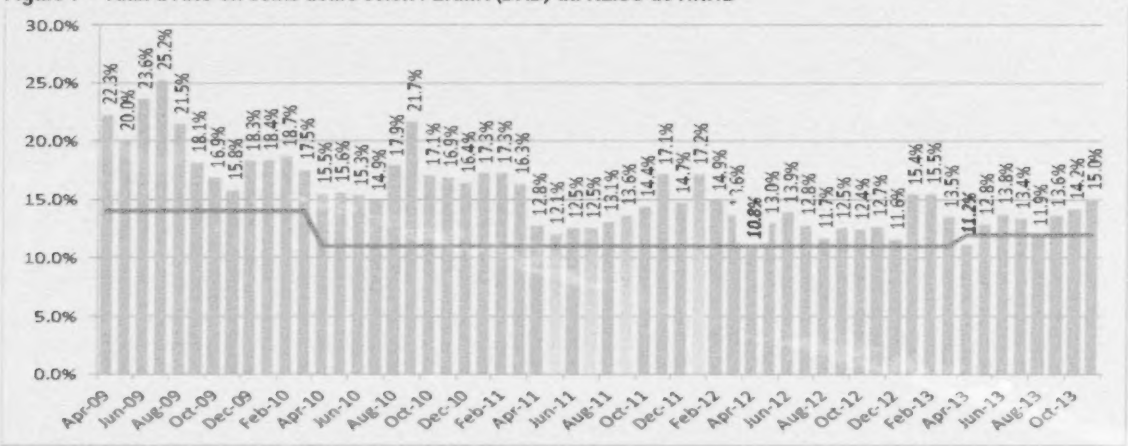
- Le 7 avril 2013, le nombre de personnes hospitalisées en attente d'un ANS s'élevait à 409. Il atteignait 549 le 9 février 2014. Il y a donc eu une hausse du taux d'ANS dans le RLISS, celui-ci étant passé de 12,8 % en avril 2013 à un sommet de 16,81 % en février 2014 (Source : RLISS de HNHB, Hospitals Weekly Trigger Report, avril 2014).
- Le nombre de personnes hospitalisées attendant une admission à un foyer de soins de longue durée est passé de 125 le 7 avril 2013 à 190 le 9 février 2014 (Source : CASC de HNHB, Active ALC Count, 23 février 2014).
- Le nombre de personnes récemment désignées en attente d'ANS nécessitant un lit dans un foyer de soins de longue durée, mais attendant dans des lits d'hôpitaux de soins actifs, a augmenté en octobre et novembre 2013 (55 et 65 respectivement) doublant le nombre de personnes désignées au cours des trois mois précédents (30 par mois en moyenne) (Source : RLISS de HNHB, comité directeur de la circulation des patients, ALC Performance Monitoring, février 2014)

En dépit des enjeux précédents, le RLISS a affiché plusieurs réussites l'an dernier :

- Les fournisseurs du RLISS, sous la direction du comité directeur de la circulation des patients, ont achevé la mise en œuvre du plan d'action triennal sur la circulation des patients du RLISS.
- Le nombre de personnes attendant à l'hôpital une admission à un foyer de soins de longue durée a diminué continuellement, passant de 360 en août 2010 à moins de 200 en 2013-2014 (Source : CASC de HNHB).
- Le nombre de journées consacrées aux ANS a diminué de 2 640 (33 %) pour les personnes de 75 à 84 ans et de 620 (8 %) pour les personnes de plus de 85 ans entre avril et juin 2013, comparativement à la même période en 2012 (Source : WTIS ALC, consulté en novembre 2013).

- Au milieu de mars 2014 : 907 participants aux programmes d'évaluation, de rétablissement et de réadaptation lente du RLISS ont obtenu leur congé et plus de 80 % d'entre eux ont obtenu leur congé à domicile (Source : Assess Restore Activity Report 2013-14, CASC de HNHB, 11 mars 2014).
- On a offert un soutien continu aux patients nécessitant un niveau plus élevé de soutien communautaire rentrés chez eux après un séjour à l'hôpital entre avril et décembre 2013 :
    - 2 927 personnes ont reçu un maximum de services (Source : CASC de HNHB, rapport du troisième trimestre 2013-2014).
    - 1 047 patients ont obtenu leur congé de l'hôpital au titre de Chez soi avant tout.
- Les particuliers ont rapidement accès au programme de soins de rétablissement le plus approprié (soins complexes, soins de convalescence, évaluation et rétablissement, réadaptation lente et volet rétablissement des soins complexes) en fonction d'une réduction du nombre de journées consacrées aux ANS associées à ces milieux.

Figure 7 – Taux d'ANS en soins actifs selon l'ERMR (DAD) du RLISS de HNHB



Source : Système intégré d'aide à la décision du RLISS de HNHB

Le RLISS a continué de mettre en œuvre des stratégies hospitalières et communautaires visant à améliorer la circulation des patients, ce sont : la liste de vérification pour les transitions du congé, l'équipe de soins de transition d'intervention rapide (ESTIR), le travail continu sur les soins de rétablissement et la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés et l'ajout de services d'aide à la vie autonome et de logements avec services de soutien dans la collectivité.

Liste de vérification pour les transitions du congé

La liste de vérification pour les transitions du congé est un outil normalisé conçu pour aider les particuliers à retourner chez eux après un séjour dans un hôpital de soins actifs. Elle concerne particulièrement la planification du congé des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (MPOC) et d'insuffisance cardiaque (IC) et comprend ce qui suit : outils d'évaluation des risques, instructions pour le congé, éléments de la technique Teach-Back pour les praticiens et les patients, liens vers l'équipe de soins de transition d'intervention rapide (ESTIR) du CASC de HNHB pour que celle-ci puisse rendre visite aux clients dans les 24 heures suivant le congé, bilan comparatif des médicaments et rendez-vous de suivi avec un fournisseur de soins primaires prévus dans la semaine suivant le congé. Elle a été distribuée à tous les hôpitaux du RLISS en 2013-2014.

La liste a pour but d'améliorer le congé du patient et de diminuer les réadmissions à l'hôpital. Pour ce faire, elle fournit aux patients les renseignements et les consignes dont ils ont besoin pour gérer leur maladie chez eux, décrit les symptômes à surveiller et leur indique quand ils doivent contacter leur médecin, prévoit des rendez-vous avec les fournisseurs de soins primaires avant le congé de l'hôpital, passe en revue les médicaments et, le cas échéant, met le patient en rapport avec l'équipe de soins de transition d'intervention rapide (ESTIR) du CASC de HNHB.

Équipe de soins de transition d'intervention rapide

Composée d'infirmières praticiennes et d'infirmières autorisées, cette équipe rend visite à domicile aux clients acheminés au programme d'équipe de soins de transition d'intervention rapide entre 24 et 72 heures suivant le congé. Elle utilise une démarche intégrée et exhaustive pour éviter les visites à l'urgence et les hospitalisations, aide les clients qui obtiennent leur congé à domicile, renforce l'intégration avec les fournisseurs de soins primaires et améliore les résultats pour les clients.

Entre avril et décembre 2013, l'équipe a vu 2 466 patients et a aidé 1 904 d'entre eux à rentrer chez eux après un séjour à l'hôpital. Elle a fourni 2 417 visites par des infirmières et des infirmières praticiennes, 279 visites par des pharmaciens et 57 visites pour des services de diagnostic ou de laboratoire à domicile (Source : équipes de soins de transition d'intervention rapide du CASC de HNHB – rapport trimestriel au RLISS de HNHB – modèle pour 2013-2014).

Aide à la vie autonome

En 2013-2014, le RLISS a approuvé un financement communautaire de 744 534 $ à l'appui de services d'aide à la vie autonome nouveaux et améliorés dans sa région.

Cinq organismes ont reçu des fonds pour améliorer leurs services d'aide à la vie autonome. Le RLISS a également financé trois nouveaux programmes intégrés d'aide à la vie autonome, dont deux à Hamilton et un à Burlington. Le modèle intégré permet de fournir ces services aux personnes âgées dans leur propre domicile.

Ces programmes permettent aux personnes âgées de rester dans leur propre domicile sachant qu'elles peuvent obtenir un soutien dans un délai de 15 minutes après avoir fait un appel téléphonique.

Hôpitaux adaptés aux besoins des aînés

La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés demeure une importante priorité provinciale et elle appuie plusieurs stratégies provinciales, notamment les Maillons santé et la Stratégie des soins aux personnes âgées.

Le groupe de travail régional sur la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés examine les réussites et les enjeux associés à la mise en œuvre de plans d'amélioration dans les hôpitaux. Six hôpitaux du RLISS participent actuellement au projet pilote provincial sur les indicateurs de déclin fonctionnel et de délire. Les résultats préliminaires de l'évaluation et les recommandations en vue d'une mise en œuvre d'envergure des indicateurs seront disponibles en 2014. Les priorités du groupe de travail pour 2014-2015 sont les suivantes :

- appuyer les transitions entre milieux de soins;
- promouvoir une mobilisation précoce pour prévenir le déclin fonctionnel.

La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés a pour vision d'aider les aînés à maintenir une santé et une fonction optimales pendant leur séjour à l'hôpital pour qu'ils puissent réussir la transition au domicile ou au niveau de soins approprié (Source : Soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés de l'Ontario – Rapport sommaire et recommandations, septembre 2011).

Approche axée sur l'évaluation et le rétablissement – soins de rétablissement

Le RLISS a continué de financer 124 lits de rétablissement à sept endroits dans sa région pour aider les personnes à retrouver leur fonction optimale après une maladie aiguë. En date de septembre 2014, 79 % des participants aux programmes de rétablissement avaient obtenu leur congé à domicile. Par le passé, ces personnes auraient été acheminées et jugées admissibles à un placement en soins de longue durée. Ce programme a contribué à améliorer la circulation des patients et a permis de réduire le temps passé à l'urgence en attente d'un lit de soins actifs.

En janvier 2014, le RLISS a reçu un financement unique de 1 079 300 $ pour mettre à l'essai un modèle d'équipe mobile d'évaluation et de rétablissement à Hamilton Health Sciences, au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, à l'Hôpital Joseph Brant et au Brant Community Healthcare System. Ce programme permet aux aînés qui présentent un risque de déclin fonctionnel ou ont connu un déclin fonctionnel et peuvent se rétablir d'avoir accès à une équipe interprofessionnelle intégrée spécialisée.

L'équipe soignante élabore et offre un programme de rétablissement intensif, de courte durée axé sur les besoins particuliers du patient (p. ex., augmenter la force, les activités de la vie quotidienne et la mobilité) en vue de favoriser un renvoi précoce à domicile avec ou sans soutien. Les interventions sont fournies aux patients dans le milieu de soins où ils se trouvent (c.-à-d. le service des urgences et les unités de soins actifs). L'équipe identifie les patients qui requièrent une réadaptation à domicile ou en clinique et organise un acheminement au Centre d'accès aux soins communautaires de HNHB ou à une réadaptation en clinique externe.

En 2013-2014, la capacité en soins de convalescence dans le RLISS a augmenté à 63 lits grâce au financement de 28 lits additionnels (huit à Hamilton et 20 dans la région de Niagara). Les soins de convalescence sont des soins de soutien de court séjour offerts pendant 90 jours ou moins aux personnes qui doivent retrouver leurs forces, leur endurance ou leurs fonctions. Le programme de soins de convalescence élargit la gamme d'options pour les personnes qui ne requièrent pas de soins actifs, mais ne peuvent pas encore s'occuper d'elles-mêmes à la maison.

Durée du séjour au service des urgences

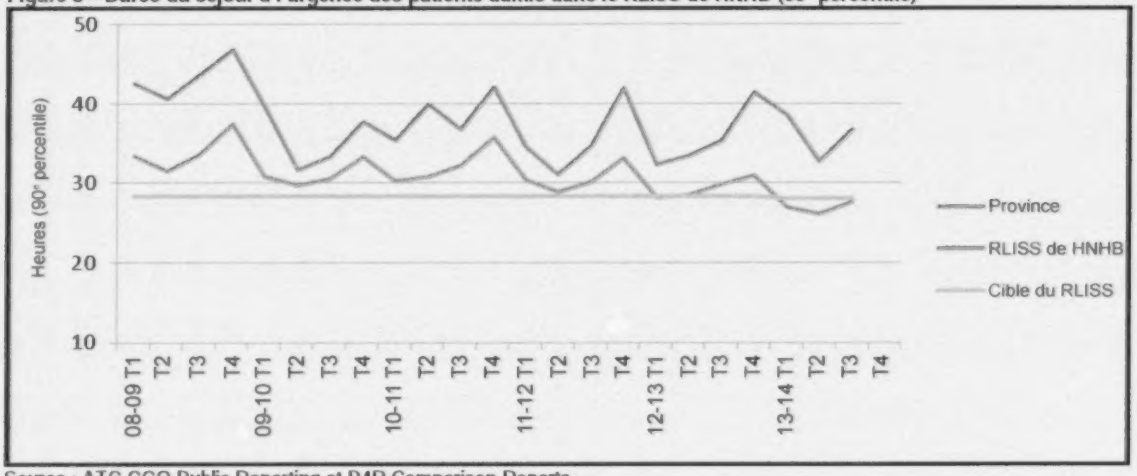
Le RLISS de HNHB compte neuf sociétés hospitalières : il y a deux centres universitaires (un multi-site), trois grands hôpitaux communautaires (un multi-site), un hôpital pour malades chroniques et trois petits hôpitaux communautaires servant les régions rurales. Huit de ces hôpitaux dispensent des services d'urgence à 12 emplacements, huit hôpitaux participent au Programme de financement axé sur les résultats du MSSLD et un hôpital est doté d'un service d'urgence pour les enfants et les jeunes.

La durée du séjour au SU est la durée de la visite à l'urgence à partir du triage ou de l'inscription (le premier des deux prévalant) jusqu'au départ de l'urgence ou à l'admission à un lit pour malade hospitalisé. Durant ce temps, la personne voit le personnel médical et reçoit des soins.

Le RLISS a eu de la difficulté à diminuer la durée du séjour au SU pour les patients admis, en dépit de la participation au Programme de financement axé sur les résultats du MSSLD (voir page 43 pour plus de détail) et de la poursuite d'une stratégie dynamique concernant la circulation des patients. Un examen du rendement du RLISS pour cette mesure révèle que la durée du séjour augmente durant les mois d'automne et d'hiver. Le rendement du RLISS est semblable celui de la province. Cependant, le rendement global des hôpitaux pour cette mesure reste inférieur à celui de la province (voir la figure 8).

Comment mesure-t-on la durée du séjour au SU?
La durée du séjour au SU est mesurée au 90e percentile et représente le temps que la neuvième personne sur dix a attendu.

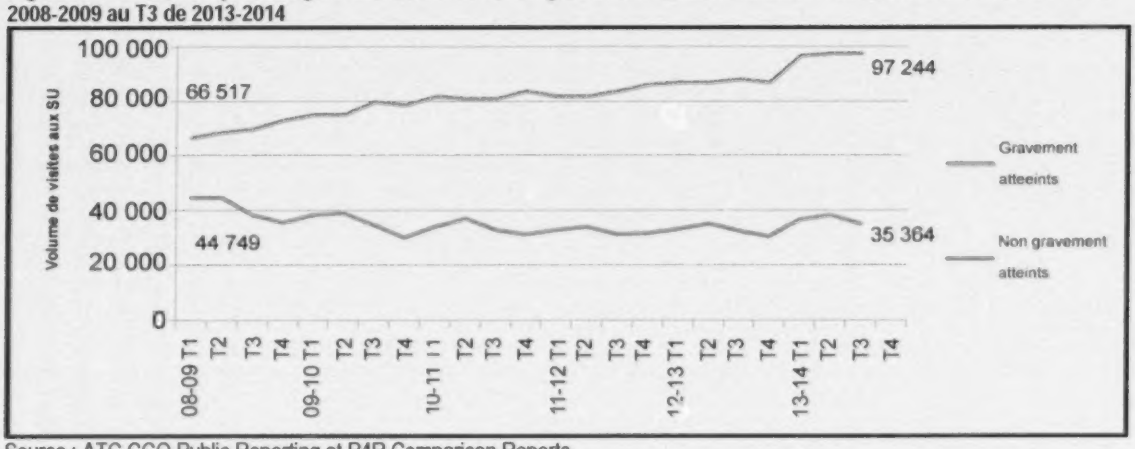
Figure 8 – Durée du séjour à l'urgence des patients admis dans le RLISS de HNHB (90e percentile)



Source : ATC CCO Public Reporting et P4R Comparison Reports

Diverses pressions systémiques ont empêché la diminution du séjour à l'urgence. Le nombre de patients gravement atteints se présentant dans les hôpitaux du RLISS est plus élevé que les années précédentes. En 2013-2014, les hôpitaux du RLISS ont signalé une augmentation globale du nombre de visites à l'urgence. En date de février 2014, ils ont signalé 486 200 visites (Source : ATC CCO ER Public Reporting et P4R Hospital Comparison Report, mars 2014), soit 48 800 visites de plus que durant la même période en 2012-2013 (Source : ATC CCO ER Public Reporting et P4R Hospital Comparison Report, mars 2013). L'augmentation des visites au SU est attribuable au nombre élevé de patients gravement atteints classés I-III sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) (voir la figure 9). Le nombre de patients moins gravement atteints (IV-V sur l'ETG) se présentant au SU a graduellement diminué avec le temps. La portion de la population qui a affiché la hausse la plus importante était âgée de 65 ans et plus.

Figure 9 – Volumes de patients gravement atteints et non gravement atteints aux SU du RLISS de HNHB LHIN du T1 de 2008-2009 au T3 de 2013-2014



Source : ATC CCO Public Reporting et P4R Comparison Reports

Le tableau 2 présente une comparaison des admissions au SU entre avril et décembre 2013 aux admissions durant la même période en 2012 (Source : NACRS, HNHB LHIN IDS. Consulté en janvier 2013). C'est la région de Hamilton qui a enregistré la plus forte hausse des admissions au SU (hausse de 5,9 % des volumes comparativement à une hausse nette de 1,2 % pour l'ensemble du RLISS).

Tableau 2 : Comparaison des patients admis au SU du T1 au T3 de 2012-2013 et du T1 au T3 de 2013-2014

Indicateur	Avril – décembre 2012 (T1-T3 2012-2013)	Avril – décembre 2013 (T1-T3 2013-2014)	Changement net
Nombre de patients admis par le SU	52 965	53 619	+1,2 %
ETG I	2 607	2 910	+11,6 %
ETG II	21 563	22 932	+6,3 %
ETG III	26 257	25 670	-2,2 %
ETG IV-V	2 515	2 095	-16,7 %
ETG inconnu/manquant	23	12	-47,8 %

Activités clés pour réduire la demande et les temps d'attente au SU

Programme de financement axé sur les résultats

Huit hôpitaux dotés d'un SU répartis entre cinq sociétés hospitalières ont participé au Programme de financement axé sur les résultats du MSSLD. Selon le rendement de l'année antérieure sur cinq indicateurs, les hôpitaux reçoivent un financement unique pour mettre en œuvre des stratégies axées sur la circulation des patients destinées à diminuer la durée du séjour à l'urgence. Ces démarches incluent l'établissement de zones d'évaluation rapide pour les patients non gravement atteints, la mise en œuvre de coordonnateurs de la circulation des patients, l'amélioration des services de soutien à l'urgence et l'ajout d'heures pour le personnel infirmier de triage et les médecins de l'urgence.

Hôpitaux du RLISS participants :

- Brant Community Healthcare System
- Hamilton Health Sciences
  - Hamilton General Hospital
  - Juravinski Hospital and Cancer Centre
  - McMaster Children's Hospital
- Hôpital Joseph Brant Memorial
- Système de santé de Niagara
  - Hôpital St. Catharines General
  - Hôpital général du Grand Niagara
- Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Coordonnateurs de soins du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)

Les SU plus importants du RLISS emploient des coordonnateurs de soins du CASC de HNHB. Une comparaison des données du CASC pour la période allant d'avril à septembre 2013 et la même période en 2012 a donné les résultats suivants :

- Les acheminements des hôpitaux au CASC de HNHB ont augmenté de 19,6 %.
- 48,6 % de cette augmentation était attribuable aux acheminements effectués par les SU.

En date de janvier 2014, 4 119 (Source: CASC de HNHB, Monthly Report, janvier 2014) hospitalisations éventuelles ont été évitées parce que les coordonnateurs de soins du CASC présents aux services des urgences avaient organisé des soins dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital. Cela signifie que les patients n'ont pas été admis à l'hôpital et sont rentrés chez eux pour y recevoir le traitement approprié.

Outil de dépistage pour les aînés à risque élevé

Le RLISS, les hôpitaux et le CASC ont collaboré à la mise en œuvre d'un outil de dépistage fondé sur des données probantes afin de repérer les aînés à risque élevé susceptibles d'avoir besoin d'un soutien communautaire.

En 2013-2014, 4 331 personnes ont été dépistées et identifiées comme étant à risque élevé, 2 520 personnes n'étaient jamais venues au CASC et ont été acheminées à des services communautaires et mises en rapport avec un coordonnateur de soins. Parmi celles-ci, 1 065 personnes ont obtenu des services par l'entremise du CASC de HNHB (Source : Early Intervention Screening 2013/14 YTD Summary). Le RLISS a mis en œuvre l'outil de dépistage dans tous les SU des hôpitaux.

Accès aux centres de soins urgents

Le RLISS compte six centres de soins urgents – deux à Hamilton, trois dans la région de Niagara et un à Paris. Les résidents ayant des besoins de santé moins urgents peuvent être traités à des centres de soins urgents plus rapidement qu'aux services des urgences, ce qui contribue à diminuer la demande aux SU des hôpitaux. Entre avril 2013 et décembre 2013, les CSU du RLISS ont signalé 105 736 visites à cinq des six centres. Le centre de soins urgents à l'emplacement de St. Catharines du Système de santé de Niagara fait partie du SU et, par conséquent, ses volumes sont inclus dans ceux du SU.

Cliniques d'évaluation rapide en médecine interne générale (CERMIG)

La demande a continué d'augmenter aux deux CERMIG situées à l'emplacement McMaster de Hamilton Health Sciences et au campus Charlton du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton en 2013-2014.

Ces cliniques facilitent l'accès aux consultations en médecine interne générale (MIG) à l'aide d'un service de consultations externes. Elles diminuent la durée du séjour globale au SU de ces emplacements hospitaliers en donnant rapidement accès à des internistes généraux, permettant ainsi aux médecins des SU de donner leur congé aux patients qui peuvent être examinés dans une consultation externe au lieu d'attendre au SU.

En date de septembre 2013, les deux cliniques ont examiné 2 022 nouveaux clients, dont 745 sont revenus pour des visites de suivi, envisagé d'orienter 298 personnes ailleurs qu'au SU et autorisé 239 patients à quitter l'hôpital plus tôt. Le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton a rapporté une réduction de 71,2 % de la durée du séjour à l'urgence pour les patients vus à la clinique pour une consultation en MIG, comparativement aux patients examinés au SU pour une consultation en MIG (Source : Quarterly Performance Reports Q2 2013-2014, HHSC et CSSSJH).

Comité directeur des services des urgences

Le Comité directeur des services des urgences (CDSU) du RLISS fournit aux fournisseurs de services de santé et au RLISS des directives concernant la planification et la mise en œuvre de projets visant à améliorer la qualité des services offerts et les temps d'attente à l'urgence dans les collectivités du RLISS.

En 2013-2014, plusieurs projets ont été financés pour améliorer l'expérience du patient :

- Programme d'équipe d'encadrement au SU – une équipe externe composée d'experts a été consultée pour cerner des besoins, obstacles et objectifs précis pour améliorer la coordination et la circulation des patients admis à l'urgence dans un hôpital du RLISS.
- Le McMaster Emergency Medicine Research Group (MEMRG) a évalué et mesuré le rendement sur le plan des pratiques exemplaires des six hôpitaux du RLISS qui utilisent souvent des opiacés pour le traitement primaire des migraines.
- Le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton a amélioré le processus d'évaluation médicale initiale et l'expérience générale des patients en réduisant la période de temps entre le triage et l'évaluation initiale du médecin.
- Les services médicaux d'urgence (SMU) de Niagara ont continué de travailler sur le projet OMEGA, stratégie visant à améliorer l'utilisation des ressources des services des urgences en trouvant des voies de soins médicaux de rechange pour les groupes de patients dont l'état n'est pas urgent.
- Le CASC de HNHB a mis à l'essai des pratiques de soins durables et de communication pour éviter l'utilisation imprévue des services des urgences par les patients recevant des soins à domicile de longue durée (servis plus de 60 jours). Les protocoles de soins prévoient maintenant le recours aux infirmières d'intervention rapide du CASC et une communication entre les fournisseurs de services communautaires comme les soins à domicile, les soins primaires et les médecins spécialistes.
- Le réseau du contrôle des infections du centre-sud a tenu un atelier d'un jour pour les fournisseurs de services de santé afin d'accroître la sensibilisation à l'importance de l'évaluation des risques et de l'utilisation de pratiques de base pour assurer la sécurité des patients.

En outre, le RLISS a engagé un facilitateur de l'amélioration des procédures expert de la gestion du changement et des méthodologies Six Sigma and Lean pour travailler avec un hôpital du RLISS confronté à des problèmes persistants sur le plan des délais d'attente au SU pour les patients admis.

Critical Link pour les SU

Ce programme, qui a débuté le 2 avril 2013, prévoit un partenariat entre les services des urgences de petite et moyenne taille et les grands services des urgences des collectivités pour la prestation de soins continus aux patients dont l'état est semi-critique qui ne répondent pas aux exigences de la Politique concernant les malades en phase critique ni à la politique d'acceptation des programmes régionaux. Ce programme propre au RLISS est envisagé dans d'autres régions de la province.

Le modèle inclut ce qui suit :

- Discussion, consultation et éventuel acheminement directs entre les médecins des SU pour établir un plan de gestion et les dispositions.
- Participation de CritiCall à toutes les discussions entre les SU pour faciliter les contacts entre médecins et assurer l'adoption d'une solution appropriée.

Entre avril 2013 et décembre 2013, le programme Critical Link a été mis en œuvre pour 39 patients; 33 ont nécessité un transfert à un autre emplacement et six ont pu être traités à l'emplacement original après consultation avec le médecin du SU de l'emplacement partenaire.

Politique concernant les malades en phase critique

La Politique concernant les malades en phase critique assure que les personnes dont la vie est menacée ou qui risquent de perdre un membre reçoivent des soins immédiats à l'hôpital qui peut prendre soin d'eux. Cette politique provinciale est entrée en vigueur en janvier 2014 et 97 cas dans le RLISS ont été acheminés par le truchement de CritiCall, en date du 31 mars 2014, dans le cadre de la nouvelle politique.

Les principes directeurs de la Politique concernant les malades en phase critique sont les suivants :

- La Politique concernant les malades en phase critique s'applique lorsque la vie d'un patient est menacée ou que le patient risque de perdre un membre et que des options thérapeutiques, qui doivent être offertes dans un délai de 4 heures, existent.
- La condition de phase critique du patient est prioritaire; la disponibilité de lits est un facteur secondaire. Aucun patient en phase critique ne se verra refuser des soins.
- Les limites géographiques des RLISS ne doivent pas restreindre l'accès d'un patient à des soins appropriés offerts dans un autre RLISS.
- Le rapatriement dans un délai souhaité de 48 heures, une fois que le patient est jugé stable sur le plan médical et apte à être transféré, est essentiel pour garantir un accès continu aux soins aux patients en phase critique (cette mesure s'applique aux transferts dans la province et hors-pays).

Réforme de la physiothérapie

En 2013, des changements ont été apportés aux programmes de physiothérapie financés par le régime public de l'Ontario. Ces programmes visent à aider les aînés à rester actifs et il a été démontré qu'ils diminuent les visites aux services des urgences et les admissions à l'hôpital.

Les cinq secteurs de changement sont les suivants :

- Séances d'exercice et de prévention des chutes – le RLISS a lancé une demande de propositions pour des fournisseurs communautaires de séances d'exercice et de prévention des chutes.

Dix-sept fournisseurs offrent maintenant des séances à 175 établissements dans le RLISS. Cela inclut les 132 établissements auparavant desservis par des cliniques de physiothérapie désignées et qui ont maintenant recours aux organismes financés par le RLISS. Ces programmes peuvent servir plus de 11 000 résidents.

- Physiothérapie à domicile – le CASC de HNHB est maintenant le seul fournisseur de services de physiothérapie individuelle à domicile. Il a mobilisé les maisons de retraite et les édifices pour personnes âgées du RLISS pour assurer que les aînés qui recevaient des services de physiothérapie continueront à les recevoir. En date du 31 mars 2014, le CASC a dispensé des services de physiothérapie à domicile à 765 clients.
- Les foyers de soins de longue durée reçoivent un financement direct pour organiser les services de physiothérapie qui répondent aux besoins de leurs pensionnaires.
- Cliniques de physiothérapie – le 21 août 2013, les services des cliniques de physiothérapie désignées ont commencé à faire l'objet d'un contrat de prestation avec le MSSLD. Ce processus a permis de maintenir les services de physiothérapie existants dans les collectivités. Le MSSLD a également lancé un appel de candidatures pour des cliniques de physiothérapie en milieu communautaire. Le RLISS et le MSSLD ont passé en revue les candidatures; l'objectif était d'améliorer l'accès aux cliniques de physiothérapie communautaire, particulièrement dans les régions auparavant insuffisamment desservies. Cette planification a permis d'offrir 3 891 séances de physiothérapie de plus aux résidents du RLISS dans 14 cliniques de physiothérapie communautaire, centres de santé communautaire et cabinets d'équipes de santé familiale additionnels.
- Le cinquième secteur, les soins primaires, est en voie d'élaboration et la mise en œuvre est prévue pour le début de l'exercice 2014-2015.

Stratégie de réduction des temps d'attente

En janvier 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a lancé sa Réforme du financement du système de santé (RFSS). Visant tout d'abord les hôpitaux et le Centre d'accès aux soins communautaires du RLISS, la RFSS a pour but d'axer le financement sur les soins dispensés aux patients. Grâce à cette réforme, les fournisseurs de services de santé recevront un financement selon le nombre et la complexité des interventions effectuées au lieu de recevoir des augmentations annuelles des budgets de base.

Ce nouveau mode de financement aura des retombées positives pour l'accès aux soins et la qualité des soins, particulièrement en ce qui touche le cancer, les chirurgies cardiaques, les arthroplasties, les services de cataracte et les troubles médicaux complexes comme l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance cardiaque congestive et la bronchopneumopathie chronique obstructive.

Le RLISS a la chance de compter des personnes possédant une expertise et des connaissances poussées de l'interface entre la pratique clinique, la gestion des données et l'amélioration de la qualité. En 2013-2014, les représentants des hôpitaux directement touchés et le CASC de HNHB ont créé un comité sur le partenariat local pour la réforme du financement du système de santé (PL-RFSS) et l'ont chargé de planifier et d'apporter les changements clés associés à ce nouveau mode de financement. En s'associant, les fournisseurs du RLISS partagent les pratiques exemplaires et atténuent les risques associés à la mise en œuvre de nouveaux modèles. Tout cela améliore l'efficacité du système et la qualité des soins offerts aux patients.

Outre ce travail sur la RFSS, le RLISS continue d'appuyer la Stratégie de réduction des temps d'attente. Le RLISS et ses fournisseurs de services de santé de tous les secteurs ont également effectué les activités suivantes :

- Ils ont mis en œuvre des stratégies d'amélioration appropriée à chaque hôpital pour réduire les temps d'attente, particulièrement à l'urgence et aux services d'imagerie diagnostique.
- Ils ont surveillé les tendances des temps d'attente durant l'année pour déterminer les secteurs de besoins et mis en œuvre des solutions locales et/ou régionales comprenant une réaffectation des fonds selon les besoins.
- Ils ont fourni aux intervenants une formation et de l'information afin de surveiller le rendement et favoriser des améliorations soutenues.
- Ils ont facilité une discussion concertée pour cerner les inégalités, diminuer les variations sur le plan des services et appuyer les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux et entre les hôpitaux pour maximiser la capacité des volumes et améliorer la circulation des patients.
- Ils ont travaillé étroitement avec les programmes provinciaux pour assurer la prestation de services optimaux dans les secteurs de la cardiologie et de la cancérologie à chacune des étapes.

Indicateurs du rendement 2013-2014

Indicateur de rendement	Point de départ 2013-2014 du RLISS	Cible de rendement 2013-2014 du RLISS	Rendement du RLISS pendant le trimestre 2013-2014 le plus récent	Résultats annuels du RLISS exercice 2013-2014
Accès aux services de santé				
1. Durée du séjour du 90e percentile dans les urgences pour les patients admis	35,63	28,00	42,00	37,52
• En 2013-2014, le RLISS de HNHB a éprouvé de nouveau des difficultés à apporter des améliorations durables à cet indicateur. Huit des douze salles d'urgence du RLISS ont déclaré une durée du séjour du 90e percentile supérieure à la cible de l'ERMR de 28 heures. • Certains facteurs ont contribué aux durées de séjour plus élevées, notamment le nombre de personnes admises à l'hôpital à partir des urgences et la tendance à la hausse du nombre de personnes hospitalisées en attente d'un autre niveau de soins. • Quatre services d'urgence d'hôpitaux du RLISS (l'Hôpital Joseph Brant Memorial, le Système de santé de Niagara – St. Catharines, l'Hôpital de Welland et l'Hôpital général du grand Niagara), qui regroupent 36 % de la population du RLISS admise par l'entremise des urgences, connaissent toujours le plus de difficultés à améliorer cet indicateur, déclarant des durées de séjour de 48,7 heures à 58,1 heures. L'Hôpital Joseph Brant Memorial a connu une augmentation de la durée des séjours pendant le troisième trimestre (de 46,1 heures au T2 à 65,4 heures au T3). • Des initiatives ciblées ont été mises en place dans ces deux hôpitaux pour aider à corriger la situation. Une équipe d'accompagnement des urgences composée de cadres supérieurs (chefs de la direction et vice-présidents) de l'Hôpital Général de North York a passé deux jours à Joseph Brant à la fin de janvier. L'Hôpital Joseph Brant a mis sur pied un plan d'action fondé sur leurs recommandations. En février 2014, le RLISS a retenu les services d'un facilitateur d'amélioration des processus pour travailler avec le système de santé de Niagara afin d'identifier les obstacles et les occasions en vue d'améliorer le mouvement des patients. • Le RLISS travaille avec le comité directeur des urgences de HNHB et les hôpitaux du RLISS afin de réduire la durée du séjour des patients admis par les urgences.				
2. Durée du séjour du 90e percentile dans les urgences pour les patients non admis au cas complexe (ÉTG I-III)	7,80	7,50	7,55	7,47
• En 2013-2014, le RLISS a atteint la cible de l'ERMR pour cette mesure du rendement. Voici quelques initiatives mises de l'avant par les hôpitaux du RLISS en vue d'atteindre cette cible de rendement : analyses approfondies du mouvement des patients dans les urgences, raffinement des modèles de dotation en personnel pour mieux répondre à la demande dans les urgences et concentration des efforts en vue de desservir les patients ayant des troubles de faible acuité. • Sept des douze services d'urgence du RLISS ont déclaré des durées de séjour plus élevées que la cible du RLISS. Cette mesure est influencée par la hausse du nombre de personnes qui attendent aux urgences leur admission à l'hôpital et la hausse du nombre de cas triés comme étant à acuité élevée (ÉTG 1, 2, 3).				
3. Durée du séjour du 90e percentile dans les urgences pour les patients non admis au cas mineur et non complexe (ÉTG IV-V)	4,87	4,50	4,47	4,43
• En 2013-2014, le RLISS de HNHB a atteint la cible de l'ERMR pour cette mesure. Différentes initiatives des hôpitaux du RLISS de HNHB ciblaient cet indicateur, notamment le partage structuré d'information entre les sites pour fins d'accompagnement, la rencontre de certaines directions d'hôpitaux pour examiner les possibilités de modification des stratégies de mouvement des patients ayant des besoins de faible acuité, la mise à jour et				

l'élargissement des directives médicales à l'échelle du RLISS en vue d'accélérer les tests et le traitement des cas de faible acuité et une meilleure information du public sur les options autres que les urgences (par ex. les centres de soins d'urgence, les soins primaires, les cliniques locales). • Neuf des douze services d'urgence du RLISS ont déclaré une durée de séjour supérieure à la cible du RLISS, soit des durées de séjour allant de 4,6 heures à 5,9 heures.				
4. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (84 jours) pour la chirurgie en oncologie	85,00 %	90,00 %	90,07 %	90,19 %
• En 2013-2014, le RLISS de HNHB a dépassé la cible de l'ERMR pour cet indicateur et son rendement s'est amélioré de 6 % (5 points de pourcentage) par rapport à l'année précédente. • Le RLISS de HNHB poursuit son travail avec ses hôpitaux et son centre régional de lutte contre le cancer en vue d'atteindre et dépasser cette cible d'accès rapide aux services de chirurgie en oncologie. Le RLISS surveille activement les temps d'attente en mettant l'accent sur le plan sur les services cliniques de lutte contre le cancer afin de favoriser la normalisation et améliorer l'accès des patients. • Ce plan a permis d'améliorer l'organisation régionale de l'oncologie chirurgicale par maladie et des services satellites de thérapie systémique contre le cancer sont maintenant en opération à l'échelle du RLISS de HNHB. • La surveillance active du rendement par le RLISS et les hôpitaux permet à ces derniers de cibler des chirurgies précises quand la situation l'exige. Le travail se poursuit avec les fournisseurs de services hospitaliers pour cibler des populations et des types d'interventions chirurgicales en vue d'accélérer l'accès à ces chirurgies.				
5. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (90 jours) pour les pontages coronariens	97,80 %	90,00 %	100,00%	98,00 %
• En 2013-2014, le RLISS de HNHB a dépassé la cible de l'ERMR pour cette mesure. L'indicateur porte uniquement sur le temps d'attente pour les pontages coronariens non urgents. • La Hamilton Health Sciences Corporation – site General est le seul établissement du RLISS de HNHB qui procède à des chirurgies cardiaques.				
6. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour la chirurgie de la cataracte	87,00 %	90,00 %	87,69 %	87,03 %
• Le RLISS de HNHB a eu du mal à atteindre cette cible de l'ERMR en 2013-2014. • Les fournisseurs de services hospitaliers et les données indiquent toujours que la demande pour ce service dépasse les capacités d'intervention en vertu des sommes allouées dans le cadre des Actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ). Ce fait a eu des répercussions négatives sur le temps d'attente. Par conséquent, le ministère a financé 2000 chirurgies de la cataracte de plus lors du dernier trimestre de 2013-2014 en vue de soulager les pressions dans ce domaine. Ces interventions supplémentaires ont été offertes en priorité aux personnes qui avaient dépassé le temps d'attente cible de 182 jours. • Trois des cinq établissements de HNHB qui procèdent à des chirurgies de la cataracte ont atteint la cible en 2013-2014, deux sites complétant 99 % des cas prévus dans la cible d'accès provinciale de 182 jours. • Le RLISS de HNHB a analysé les données de rendement de tous les hôpitaux en vue de détecter les occasions de normalisation et améliorer l'accès des patients. La formation d'un comité d'orientation en ophtalmologie à l'échelle du RLISS en 2013-2014 et la mise en place d'un plan de services cliniques pour l'ensemble du RLISS, que l'on peut consulter sur le site web du RLISS, permettra de poursuivre ce travail et d'apporter des améliorations en 2014-2015. • Le RLISS maintient sa collaboration avec les fournisseurs de services hospitaliers afin de mettre au point un système d'utilisation des données dans l'ensemble du RLISS en vue d'améliorer la gestion des listes d'attente. Ces données portent notamment sur l'analyse de l'utilisation des « dates influant sur la préparation à fournir le traitement », les niveaux de conformité à la règle de deux jours ouvrables pour l'ouverture et la fermeture des dossiers d'intervention chirurgicale, l'analyse des cas de longs temps d'attente et le partage transparent des listes d'attente des médecins pour les chirurgies de la cataracte dans les hôpitaux en vue de faciliter l'orientation des patients vers les temps d'attente les plus courts possible.				

7. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour le remplacement de la hanche	77,00 %	85,00 %	78,84 %	79,92 %
• En 2013-2014, le ministère a modifié cette cible de rendement en milieu d'année. Auparavant, la cible portait sur le temps d'attente du 90e percentile pour les cas de priorité 2, 3 et 4. La nouvelle cible stipule que 85 % des cas de priorité 4 (P4) soient traités 182 jours après la date où la décision d'opérer est prise. • Le RLISS de HNHB s'est rapproché de cette cible en 2013-2014. • Les facteurs contribuant aux délais comprennent notamment les modèles d'orientation, les préférences des patients, l'accumulation du nombre de patients en attente de chirurgie et l'arrivée constante de nouvelles demandes qui vient limiter la capacité de rattraper le retard accumulé. • Des projets ont été mis en place dans le cadre du plan intégré visant à améliorer la capacité en orthopédie afin de réduire les écarts et favoriser les pratiques exemplaires. Un comité de leadership en orthopédie a été créé en vue de maximiser l'intégration régionale, soutenir la normalisation et accroître l'efficience. Plus précisément, l'ensemble des modèles d'ordonnances, les protocoles de soins des patients et la documentation d'information des patients ont été normalisés dans le RLISS. • D'autres initiatives ont été mises en place à cet égard : optimisation de la gestion des données, gestion des listes d'attente et participation au Programme régional d'évaluation conjointe. Toutes ces mesures visent à assurer que les patients puissent obtenir la première date de chirurgie disponible. • Le rendement est analysé avec les hôpitaux au moins une fois par mois et plus fréquemment si des problèmes particuliers ont été constatés.				
8. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (182 jours) pour le remplacement du genou	64,00 %	80,00 %	75,28 %	76,19 %
• En 2013-2014, le ministère a modifié cette cible de rendement en milieu d'année. Auparavant, la cible portait sur le temps d'attente du 90e percentile pour les cas de priorité 2, 3 et 4. La nouvelle cible stipule que 80 % des cas de priorité 4 (P4) doivent être traités 182 jours de la date où la décision d'opérer est prise. • Le RLISS de HNHB s'est rapproché considérablement de cette cible en 2013-2014. • Les facteurs contribuant aux délais comprennent notamment les modèles d'orientation, les préférences des patients, l'accumulation du nombre de patients en attente de chirurgie et l'arrivée constante de nouvelles demandes qui vient limiter la capacité de rattraper le retard accumulé. • Des projets ont été mis en place dans le cadre du plan intégré visant à améliorer la capacité en orthopédie afin de réduire les écarts et favoriser les pratiques exemplaires. Un comité de leadership en orthopédie a été créé en vue de maximiser l'intégration régionale, soutenir la normalisation et accroître l'efficience. Plus précisément, l'ensemble des modèles d'ordonnances, les protocoles de soins des patients et la documentation d'information des patients ont été normalisés dans le RLISS. • D'autres initiatives ont été mises en place à cet égard : optimisation de la gestion des données, gestion des listes d'attente et participation au Programme régional d'évaluation conjointe. Toutes ces mesures visent à assurer que les patients puissent obtenir la première date de chirurgie disponible. • Le rendement est analysé avec les hôpitaux au moins une fois par mois et plus fréquemment si des problèmes particuliers ont été constatés.				
9. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (28 jours) pour les examens d'imagerie par résonance magnétique	45,00 %	60,00 %	35,65 %	61,75 %
• Le RLISS de HNHB a eu du mal à atteindre cette nouvelle cible de l'ERMR en 2013-2014, bien que les résultats du quatrième trimestre se sont améliorés de 10 % par rapport à ceux du troisième trimestre. • En 2013-2014, le ministère a modifié cette cible de rendement en milieu d'année. Auparavant, la cible portait sur le temps d'attente du 90e percentile pour les cas de priorité 2, 3 et 4. Le RLISS de HNHB se				

classait alors au neuvième rang sur les 14 RLISS pour cet indicateur. Le rendement du RLISS de HNHB pour la nouvelle cible le classe au treizième rang parmi les RLISS. L'analyse des données et les rapports hospitaliers indiquent toujours une croissance de la demande d'IRM en provenance des médecins cliniciens, ainsi qu'une plus grande utilisation des IRM pour les examens en services d'urgence et pour les nouvelles pratiques exemplaires (p. ex. la prostate). La demande d'examens IRM pour les cas plus urgents du point de vue médical (priorités 1, 2 et 3) limite la capacité des hôpitaux à répondre aux besoins pour les cas moins urgents (priorité 4). La demande d'examens IRM dépassant le nombre d'heures d'IRM financé, une liste d'attente s'est accumulée.

- Le RLISS rencontre à chaque semaine les directeurs des services d'imagerie diagnostique des hôpitaux pour formuler des pratiques exemplaires et en faciliter l'adoption en vue d'améliorer l'efficience des services d'IRM du RLISS et exercer la surveillance continue des données des établissements de façon transparente avec tous les hôpitaux. Le comité directeur en imagerie diagnostique créé cette année facilitera encore l'adoption de pratiques exemplaires dans le RLISS qui permettront d'optimiser l'efficience.
- Par ailleurs, cette année le ministère a accordé au RLISS 2000 heures de plus afin de réduire la liste d'attente pour les cas de priorité 4. Ces cas ont été distribués selon un modèle mixte de prise en charge des besoins des patients fondé d'une part sur les temps d'attente les plus longs et d'autre part sur la capacité des différents hôpitaux en matière de services d'IRM. Cette initiative a entraîné une réduction des écarts entre établissements dans les listes d'attente des cas de priorité 4 (soit la différence entre l'hôpital ayant la liste d'attente la plus longue et celui ayant la liste la plus courte) de 69 jours à 27 jours, une amélioration significative fondée sur l'analyse des données et la prise de décision.

10. Pourcentage des cas de priorité IV traités à l'intérieur de la cible d'accès (28 jours) pour les tomodensitogrammes	68,00 %	82,00 %	77,54 %	76,50 %

- Le RLISS de HNHB s'est considérablement rapproché de cette cible de l'ERMR en 2013-2014.
- En 2013-2014, le ministère a modifié cette cible de rendement en milieu d'année. Auparavant, la cible portait sur le temps d'attente du 90e percentile pour les cas de priorité 2, 3 et 4. Le RLISS de HNHB se classait alors au neuvième rang sur les 14 RLISS pour cette cible et son classement est demeuré inchangé avec la nouvelle cible. L'analyse des données et les rapports hospitaliers révèlent que la demande de tomodensitogrammes en provenance des médecins cliniciens et hospitaliers continue d'augmenter pour toutes les classes de priorité. La demande d'examens IRM pour les cas plus urgents du point de vue médical (priorités 1, 2 et 3) limite la capacité des hôpitaux à répondre aux besoins pour les cas moins urgents (priorité 4). La demande dépassant l'offre, une liste d'attente s'est formée.
- Deux des six établissements du RLISS qui effectuent des tomodensitogrammes ont atteint la cible en 2013-2014, traitant 90 % des cas ou plus à l'intérieur de la cible provinciale de 28 jours. Le Système de santé de Niagara est notamment passé de 52 % en 2012-2013 à 90 % en 2013-2014, une augmentation relative de 73 %.
- Le RLISS rencontre à chaque semaine les directeurs des services d'imagerie diagnostique des hôpitaux pour formuler des pratiques exemplaires et en faciliter l'adoption en vue d'améliorer l'efficience des services de tomodensitogrammes du RLISS et exercer la surveillance continue des données des établissements de façon transparente avec tous les hôpitaux. Le comité directeur en imagerie diagnostique créé cette année facilitera encore l'adoption de pratiques exemplaires dans le RLISS qui permettront d'optimiser l'efficience de ces services dans le RLISS et réduire le temps d'accès aux soins.

Intégration et coordination des soins

11. Pourcentage de jours d'autre niveau de soins (ANS) – par RLISS de l'établissement*	13,89 %	12,00 %	15,37 %	14,54 %

- En 2013-2014, le RLISS n'a pas atteint cette cible de l'ERMR. Le mouvement des patients et le nombre de patients hospitalisés en attente d'un autre niveau de soins (ANS) représentent encore une priorité pour le RLISS de HNHB. Le RLISS s'est doté d'un comité d'orientation du mouvement des patients très actif qui se réunit mensuellement pour analyser les mesures normalisées et élaborer des stratégies en vue d'améliorer le mouvement des patients et

atteindre la cible de l'ERMR.

- En 2013-2014, les hôpitaux du RLISS ont connu une hausse du nombre de personnes hospitalisées en attente d'un ANS. D'avril à novembre 2013, ce nombre est passé de 409 à 535 (source : CASC HNHB, novembre 2013). De plus, entre avril et juin 2013, les hôpitaux du RLISS ont connu une hausse du nombre de personnes hospitalisées en provenance des urgences (870 patients admis en plus pendant le T1 2013-2014 en comparaison du T1 2012-2013). Les hôpitaux de Hamilton comptent pour un peu plus de 72 % de cette augmentation.
- En 2013-2014, le RLISS de HNHB a financé plusieurs stratégies pour faciliter le mouvement des patients :
  - versement de 21 M$ supplémentaire au CASC de HNHB pour aider les clients dans la collectivité
  - ajout de 28 lits de soins de convalescence
  - ajout de 99 lits d'évaluation de rétablissement et de 25 lits de réadaptation de longue durée dans le RLISS
  - ouverture temporaire de capacités supplémentaires à l'Hôpital général de Haldimand-Ouest pour atténuer l'augmentation de la demande à HHS pendant les inondations au Centre de soins de santé St-Joseph
  - approbation de trois nouveaux carrefours d'aide à la vie autonome (deux à Hamilton et un à Burlington) et de deux programmes de lits de transition à Brant et Hamilton.
- Le RLISS poursuit son travail auprès des FSS pour améliorer le mouvement des patients et le rendement. Le CASC travaille activement avec les maisons de retraite de l'ensemble du territoire pour trouver des occasions de structures communes de soutien des personnes en attente de placement dans un FSLD.
- Certaines stratégies ont été adoptées pour améliorer le mouvement des patients : 1) recrutement d'un facilitateur d'amélioration des processus pour le Système de santé de Niagara (tel qu'indiqué dans la cible concernant les urgences) et 2) désignation d'une personne pour travailler avec les partenaires de Hamilton pour trouver des occasions de structures communes dans la collectivité.

12. Temps d'attente du 90e percentile pour les services à domicile offerts par le CASC – passage du milieu communautaire à un service du CASC (à l'exclusion de la gestion de cas)*	26,00	26,00	30,00	32,00

- En 2013-2014, le RLISS n'a pas atteint cette cible de l'ERMR. Le premier facteur ayant contribué au rendement du RLISS a été les changements apportés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée touchant au financement des services de physiothérapie. Dans le cadre de ces changements, les CASC ont assumé la charge de la prestation des services publics de physiothérapie à domicile. Les CASC de la province ont connu une hausse de volume qui a fait croître les temps d'attente. Dans le cas du RLISS de HNHB, le temps d'attente du 90e percentile pour les services de physiothérapie a augmenté de 18 jours lors du T2 (de 39 jours au T1 à 57 jours au T2) et les volumes par épisode ont augmenté de 962 (de 301 au T1 à 1245 au T2). Les temps d'attente et les volumes des autres services du CASC compris dans cet indicateur sont demeurés relativement stables.
- Le RLISS travaille avec le CASC pour mieux comprendre les propriétés de la population qui connaît un temps d'attente plus long ainsi que la demande future pour ce service.

Qualité et les résultats de santé améliorés

13. Réadmission dans les 30 jours pour certains groupes composant la clientèle**	16,40 %	15,40 %	16,21 %	16,14 %

- En 2013-2014, le RLISS n'a pas atteint cette cible de l'ERMR. Le RLISS de HNHB a amélioré son taux de réadmission dans les 30 jours pour certains groupes composant la clientèle lors de chaque trimestre depuis le T3 2011-2012, à deux exceptions près : le T4 2012-2013 et les données les plus récentes du T2 2013-2014.
- Pendant le T2 2013-2014, le RLISS de HNHB se situait à 0,8 % au-dessus du taux ciblé de réadmission dans les 30 jours pour certains groupes composant la clientèle, qui était de 15,4 %.
- Le RLISS prévoit connaître une réduction de ces réadmissions au T4 2013-2014. À ce moment, la mise en œuvre des initiatives du RLISS visant à améliorer la coordination du suivi pour les maladies chroniques aura progressé significativement. Ces initiatives comprennent les dossiers de formation pour la transition lors des mises en congé pour la maladie pulmonaire obstructive chronique et l'insuffisance cardiaque congestive, ainsi que quatre cliniques communautaires pour la maladie pulmonaire obstructive chronique.

14. Nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour	18,40 %	17,00 %	18,74 %	18,09 %

problèmes liés à la santé mentale*				
• En 2013-2014, le RLISS n'a pas atteint cette cible de l'ERMR. Le RLISS de HNHB présente toujours un taux plus faible que la province pour les nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la santé mentale. L'indicateur de cette mesure affiche une amélioration annuelle globale de 1,7 % (de 18,40 % à 18,09 %). • Les conditions qui influent sur le rendement dans ce domaine sont les suivants : les personnes atteintes de troubles de l'humeur et les conditions névrotiques liées au stress. • Dans le but d'améliorer le rendement, le Groupe consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie supervisera la mise en œuvre d'une carte de pointage normalisée à l'intention des hôpitaux et des services communautaires.				
15. Nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la toxicomanie*	23,90 %	22,70 %	23,98 %	24,96 %
• En 2013-2014, le RLISS n'a pas atteint cette cible de l'ERMR. En comparaison de la province, le RLISS de HNHB affiche toujours un taux plus faible de nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la toxicomanie. • Une hausse des nouvelles visites dans les 30 jours a été observée lors du T2 2013-2014 (27,3 %); cet indicateur a été ramené à 23,98 % pendant le T3. Les nouvelles visites non prévues aux urgences dans les 30 jours pour problèmes liés à la consommation d'alcool définissent le rendement pour cet indicateur. • Le Groupe consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie a désigné certains troubles concomitants à titre de population prioritaire pour le RLISS et des stratégies ciblées ont été élaborées pour améliorer le rendement.				

*Les données de l'année 2013-2014 sont fondées sur les quatre derniers trimestres disponibles (T4 2012-2013 à T3 2013-2014).
**Les données de l'année 2013-2014 sont fondées sur les quatre derniers trimestres disponibles (T3 2012-2013 à T2 2013-2014).

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

31 mars 2014

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

31 mars 2014

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des résultats 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-15

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant au 31 mars 2014, ainsi que de ses résultats, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte S.E.N.C.R.L/s.r.l

Comptables professionnels agréés, comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 28 mai 2014

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la situation financière
au 31 mars 2014

	2014	2013
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**756 953**	521 790
Montant à recevoir au titre de la TVH	**32 205**	20 926
Débiteurs – Autres	**942**	16 627
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») relativement aux paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**49 450 245**	11 936 000
	50 240 345	12 495 343
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**367 510**	223 768
Montant à verser au Ministère (note 3b)	**428 415**	361 391
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**49 450 245**	11 936 000
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**2 107**	9 196
Apports de capital reportés (note 5)	**69 170**	19 088
	50 317 447	12 549 443
Engagements (note 6)		
Dette nette	**(77 102)**	(54 100)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**7 932**	35 012
Immobilisations corporelles (note 7)	**69 170**	19 088
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

_____ Administrateur

_____ Administrateur

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des résultats
pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	Budget (note 8)	2014 Montant réel	2013 Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 808 565 700	2 836 986 207	2 737 118 195
Activités du RLISS	4 916 172	4 855 909	4 916 172
Technologies habilitantes (note 10a)	580 000	580 000	580 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10b)	-	100 000	100 000
Services en français (note 10c)	-	76 266	106 000
Entité de planification des services en français (note 10c)	-	411 693	411 693
Chef de service des urgences du RLISS (note 10d)	-	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS (note 10e)	-	75 000	75 000
Planification autochtone (note 10g)	37 500	37 500	37 500
Chef des soins primaires du RLISS (note 10f)	-	75 000	75 000
Formation en matière de diabète (note 10h)	-	841 301	140 396
Physiothérapie (note 10i)	-	27 344	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	10 093	40 181	153 534
	2 814 109 465	2 844 181 401	2 743 788 490
Financement remboursable au Ministère (note 3a)		(428 415)	(328 956)
	2 814 109 465	2 843 752 986	2 743 459 534
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 808 565 700	2 836 986 207	2 737 118 195
Frais généraux et administratifs (note 11)	4 926 265	4 469 987	4 803 000
Technologies habilitantes (note 10a)	580 000	580 000	580 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10b)	-	100 000	100 000
Services en français (note 10c)	-	76 266	101 432
Entité de planification des services en français (note 10c)	-	411 693	446 113
Chef de service des urgences du RLISS (note 10d)	-	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS (note 10e)	-	72 688	73 025
Planification autochtone (note 10g)	37 500	37 500	37 500
Chef des soins primaires du RLISS (note 10f)	-	75 000	68 750
Formation en matière de diabète (note 10h)	-	841 301	56 519
Physiothérapie (note 10i)	-	27 344	-
	2 814 109 465	2 843 752 986	2 743 459 534
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	Budget (note 8)	2014 Montant réel	2013 Montant réel
	$	$	$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Variation des charges payées d'avance	-	27 080	(8 564)
Acquisition d'immobilisations corporelles	-	(90 263)	(17 321)
Amortissement des immobilisations corporelles	-	40 181	153 534
(Augmentation) diminution de la dette nette	-	(23 002)	127 649
Dette nette au début	-	(54 100)	(181 749)
Dette nette à la fin	-	(77 102)	(54 100)

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	2014	2013
	$	$
Activités d'exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Ajouter : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	40 181	156 666
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des apports de capital reportés	(40 181)	(156 666)
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
Diminution des débiteurs – autres	15 685	76 364
Diminution des débiteurs – Ministère/services de cybersanté	-	200 000
(Augmentation) diminution du montant à recevoir au titre de la TVH	(11 279)	11 372
(Augmentation) du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	(37 514 245)	(6 643 560)
Augmentation (diminution) des créditeurs et charges à payer	143 742	(629 442)
Augmentation (diminution) du montant à verser au Ministère	67 024	(274 097)
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé par le Ministère	37 514 245	6 643 560
(Diminution) augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	(7 089)	9 196
Diminution (augmentation) des charges payées d'avance	27 080	(8 564)
	235 163	(615 171)
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(90 263)	(17 321)
Financement		
Apports de capital reçus	90 263	17 321
Variation nette de la trésorerie	235 163	(615 171)
Trésorerie au début	521 790	1 136 961
Trésorerie à la fin	756 953	521 790

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires
31 mars 2014

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), sous l'appellation Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (le « RLISS »), et ses lettres patentes ont été dissoutes. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend les comtés de Hamilton, de Niagara, de Haldimand, de Brant, la majeure partie du comté de Norfolk et la ville de Burlington. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère. Le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert au Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS. Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2014.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le Ministère établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

2. Principales méthodes comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les principales méthodes comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations corporelles.

2. Principales méthodes comptables (suite)

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis. Ces sommes sont comptabilisées à la clôture de la période au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de charges comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apports de capital reportés et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des résultats est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations corporelles.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations corporelles, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'une immobilisation corporelle de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé. Les immobilisations corporelles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet. Les coûts liés au développement de l'infrastructure et au développement Web sont inclus au titre du matériel informatique aux fins de la comptabilité et de la présentation d'information.

Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert le 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des résultats et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

2. Principales méthodes comptables (suite)

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les éléments importants assujettis à ces estimations et hypothèses comprennent l'évaluation des charges à payer et de la durée de vie utile des immobilisations corporelles. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de rendement, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

			2014	2013
	Financement reçu	Charges admissibles	Excédent	Excédent
	$	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 787 535 962	2 787 535 962	–	–
Activités du RLISS	4 896 091	4 465 053	426 103	266 706
THI du RLISS	580 000	580 000	–	–
Entité de planification des services en français	411 693	411 693	–	(34 420)
Services en français	76 266	76 266	–	4 568
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000	100 000	–	–
Chef de service des urgences du RLISS	75 000	75 000	–	–
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000	72 688	2 312	1 975
Chef des soins primaires	75 000	75 000	–	6 250
Planification autochtone	37 500	37 500	–	–
Formation en matière de diabète	841 301	841 301	–	–
Physiothérapie	27 344	27 344	–	83 877
	2 794 731 157	2 794 297 807	428 415	328 956

3. Financement remboursable au Ministère (suite)

b) Le montant à verser au Ministère aux 31 mars 2014 se compose des éléments suivants :

	2014	2013
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**361 391**	635 488
Fonds accordés lors de l'exercice précédent au Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario qui n'ont pas été dépensés	**–**	32 435
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	**428 215**	328 956
Montant remboursé au Ministère au cours de l'exercice	**(361 391)**	(635 488)
Montant à verser au Ministère à la fin	**428 215**	361 391

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et le Partenariat des RLISS (le « PRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et le PRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2014	2013
	$	$
Solde au début	**19 088**	155 301
Apports de capital reçus au cours de l'exercice	**90 263**	17 321
Amortissement pour l'exercice	**(40 181)**	(153 534)
Solde à la fin	**69 170**	19 088

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront également très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices s'établissent comme suit :

	$
2015	172 786
2016	172 786
2017	172 786
2018	172 786
2019	120 383

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations corporelles

	Coût	Amortissement cumulé	2014 Valeur comptable nette	2013 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	471 438	468 217	3 221	–
Matériel informatique	237 165	171 216	65 949	17 989
Améliorations locatives	572 444	572 444	–	1 099
	1 281 047	1 211 877	69 170	19 088

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des résultats reflètent le budget initial au 1er avril 2013. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP.
Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Les tableaux suivants présentent les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget final du financement des fournisseurs de services de santé de 2 836 986 207 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	2 808 565 700
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	28 420 507
Budget final	2 836 986 207

Le budget des frais généraux et administratifs final de 7 217 666 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	
Activités du RLISS	4 916 172
THI du RLISS	580 000
Planification autochtone	37 500
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Entité de planification des services en français	411 693
Coordonnateur des services en français	106 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000
Chef de service des urgences du RLISS	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000
Chef des soins primaires	75 000
Formation en matière de diabète	841 301
Budget final	7 217 666

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS a l'autorisation d'accorder un financement total de 2 836 986 207 $ (2 737 118 195 $ en 2013) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2014 :

	2014	2013
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**1 892 233 026**	1 850 871 086
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**464 025**	464 025
Centres de soins de longue durée	**460 634 986**	441 245 153
Centres d'accès aux soins communautaires	**302 761 326**	272 408 894
Services de soutien communautaires	**45 063 756**	42 928 049
Lésion cérébrale acquise	**6 987 746**	6 654 450
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**30 250 506**	28 557 365
Centres de soins de santé communautaires	**25 416 149**	23 311 898
Programme communautaire de soins de santé mentale et de toxicomanie	**73 174 687**	70 677 275
	2 836 986 207	2 737 118 195

Le RLISS reçoit du Ministère un montant qu'il répartit ensuite entre les fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2014, le RLISS devait verser un montant de 49 450 245 $ (11 936 000 $ en 2013) aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges dans les résultats du RLISS et est présenté dans le tableau précédent.

10. Autres initiatives de financement

a) *Technologies habilitantes aux fins du bureau de gestion des projets d'intégration*

En date du 31 janvier 2014, le RLISS a conclu une entente avec les RLISS du Sud-Ouest, d'Érié St-Clair et de Waterloo Wellington (le « groupement ») afin d'assurer une mise en œuvre efficace et efficiente des programmes et des initiatives de cybersanté sur le territoire du groupement. En vertu de cette entente, les décisions relatives aux activités financières et aux activités d'exploitation du bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration sont prises en commun. Aucun RLISS n'est en mesure d'exercer un contrôle unilatéral.

Les états financiers du RLISS reflètent la partie qui lui revient du financement fourni par le Ministère au groupement en ce qui a trait au bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration et aux dépenses connexes.

Le tableau suivant présente de l'information financière résumée :

		2014	2013
	Total	Partie attribuable au RLISS	Partie attribuable au RLISS
	$	$	$
Produits	**2 320 000**	**580 000**	580 000
Charges	**1 951 019**	**580 000**	580 000
Surplus accumulé	**368 981**	**–**	–

10. Autres initiatives de financement (suite)

b) Chef de la performance du projet Urgences – ANS

Au cours de l'exercice 2014, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 100 000 $ (100 000 $ en 2013). Ces fonds ont servi à financer les activités du coordonnateur du projet Urgences – ANS.

c) Services en français

Au cours de l'exercice 2014, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 487 959 $ (517 693 $ en 2013). Une tranche de 76 266 $ de ce montant a servi à soutenir le rôle de coordonnateur des services en français (106 000 $ en 2013), et un montant de 411 693 $ (411 693 $ en 2013) a été alloué initialement pour l'entité de planification des services en français.

d) Chef de service des urgences du RLISS

Au cours de l'exercice 2014, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef de service des urgences du RLISS.

e) Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS

Au cours de l'exercice 2014, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef des soins aux malades en phase critique du RLISS.

f) Chef des soins primaires du RLISS

Au cours de l'exercice 2014, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef des soins primaires du RLISS.

g) Planification autochtone

Au cours de l'exercice 2014, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 37 500 $ (37 500 $ en 2013). Ces fonds ont servi à financer des activités de planification autochtone.

h) Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète

Le RLISS a reçu un montant de 841 301 $ (157 717 $ en 2013) relativement à l'élaboration d'un cadre de travail et d'objectifs visant la planification de la gestion du diabète et de maladies chroniques avec prise d'effet le 1er février 2013. Au cours de l'exercice, des charges de 841 301 $ (56 519 $ en 2013) et des achats d'immobilisations de 30 000 $ (17 321 $ en 2013) ont été comptabilisés au titre des immobilisations, et le financement connexe a été comptabilisé à titre d'apports de capital reportés. Les charges suivantes ont été engagées :

	2014	2013
	$	$
Salaires	**700 109**	54 829
Charges d'exploitation	**141 192**	1 690
Frais généraux et administratifs	**841 301**	56 519
Charges non récurrentes – achats d'immobilisations	**30 000**	17 321
Total	**871 301**	73 840

10. Autres initiatives de financement (suite)

i) Physiothérapie

En juillet 2013, le Ministère a octroyé un financement d'exploitation non récurrent de 27 344 $ au RLISS afin de lui permettre de mener des activités qui soutiennent la mise en œuvre d'une réforme en matière de physiothérapie. Ces fonds ont été affectés à la rémunération de ressources supplémentaires en personnel agissant à titre de responsables des activités qui soutiennent la mise en œuvre de la réforme en matière de physiothérapie pour les volets relatifs à la promotion de l'exercice physique et de prévention des chutes et aux cliniques communautaires à domicile.

11. Charges classées par objet

Alors que l'état des résultats présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2014	2013
	$	$
Salaires et charges sociales	3 258 641	3 325 055
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	29 621	18 239
Indemnités quotidiennes des membres du Conseil	30 875	33 956
Charges du Conseil	10 393	6 159
Frais de déplacement	26 087	32 734
Services-conseils	168 140	281 905
Consultations publiques et communications	46 092	65 795
Fournitures, matériel, entretien et autres	88 645	71 788
Frais d'hébergement	244 752	296 355
Amortissement	40 181	153 534
Services partagés	526 559	517 480
Frais généraux et administratifs	4 469 987	4 803 000
Salaires et charges sociales	986 210	260 207
Frais de déplacement	8 554	5 063
Services impartis	1 170 613	1 251 312
Consultations publiques et communications	28 992	19 682
Fournitures, matériel, entretien et autres	21 032	385
Frais d'hébergement	30 391	–
Services partagés	51 000	1 690
Autres charges relatives aux initiatives de financement	2 296 792	1 538 339
	6 766 779	6 341 339

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime multi-employeurs, pour le compte de 35 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2014 s'est établi à 289 995 $ (276 088 $ en 2013) et ce montant a été passé en charges dans l'état des résultats. La dernière évaluation actuarielle du régime a été effectuée au 31 décembre 2013. À ce moment, le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Membres du Conseil

(au 31 mars 2014)

Michael P. Shea
Président

Bob Lawler
Vice-président

Ruby Jacobs
Membre

Bob Lawler
Membre

Helen Mulligan
Membre

Laurie Ryan-Hill
Membre

Mervin Witter
Membre

Membre de la haute direction

Donna Cripps
Directrice générale

Au nom du Conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, nous sommes ravis de soumettre ce Rapport annuel pour la période terminée le 31 mars 2014.

Original signé par

Michael P. Shea
Président du Conseil d'administration

Original signé par

Bob Lawler
Vice-président du Conseil d'administration

Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Coordonnées du RLISS

Téléphone :
905.945.4930
1.866.363.5446

Télécopieur :
905.945.1992

Courriel :
hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse :
224, rue Main Est
Grimsby, ON L3M 1P8

Site Web :
www.hnhblhin.on.ca

YouTube
www.youtube.com/user/hnhblhin

twitter
@HNHB_LHINgage

ISSN 1911-2939
139 Juin/14

© 2014 Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé